

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n°09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-486931

40052

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1430 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ENNASSER BENDAOUD
 Date de naissance : 31/12/1953
 Adresse : 17 LOT AND ELKABIN RTE D'ARFEMOUN
 CASABLANCA
 Tél. : 06 61321202 Total des frais engagés : 779,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/06/2020
 Nom et prénom du malade : ENNASSER BENDAOUD 67
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA et Diabète

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, indiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA le 19/06/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] **ACCUEIL**

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19/06/2020	3 + 46	3000+		09/13/06/2020

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/06/2020	479,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

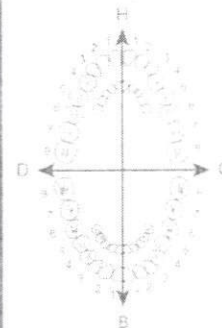
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H			
D			G
B			

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, Reparatrice à la prothèse

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter



الدكتور سعد السامي

أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان

Patient :

Casablanca, le

19/06/2020

Beulaont

Traitement de :

Trois (03) fois

18/10 X 5

21/80 X 5

Aspirine sup

Aspirine 100 - sel

1 pelf

Upator sup 1 g des

Lipabyl 16 1 g des

Dr. Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Maâni
Casablanca - Maroc

Tél : 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax : 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96
CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

356, زنقة مصطفى المعاني (قرب زنقة أكادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail : cabinet-soulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

79,70 Zithromax 500



1 g, x 3 p

479,20

Pharmacie d'Hay El Maadi
Tél: 0522 22 13 84/0522 26 13 36

Dr. Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie
556, Rue Mohammed VI Maadi
CASABLANCA
Tél: 0522 22 13 84/0522 26 13 36

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

7862160239

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

7862160239

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

7862160239

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

7862160239

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

7862160239

LOT : 20E007
PER.:09 2021

**ASPEGIC 100MG
SACHETS B20**
P.P.V : 21DH80

6 118000 061113

LOT : 20E007
PER.:09 2021

**ASPEGIC 100MG
SACHETS B20**
P.P.V : 21DH80

6 118000 061113

LOT : 20E006
PER.:06 2021

**ASPEGIC 100MG
SACHETS B20**
P.P.V : 21DH80

6 118000 061113

LOT : 20E006
PER.:06 2021

**ASPEGIC 100MG
SACHETS B20**
P.P.V : 21DH80

6 118000 061113

LOT : 20E006
PER.:06 2021

**ASPEGIC 100MG
SACHETS B20**
P.P.V : 21DH80

6 118000 061113



زيتروماكس

أزيتروميسين



500 mg / 3 أقراص

ZITHROMAX 500 mg ○

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. : 0 4 2 0

P.P.V.

LOT N° : 1 2 5 8 4 6 0

7 9 7 0
79.70

09366030/4

ENNASR, BENDAOU

ID:

0yr

Unknown

Comment:

2020 10:13:51

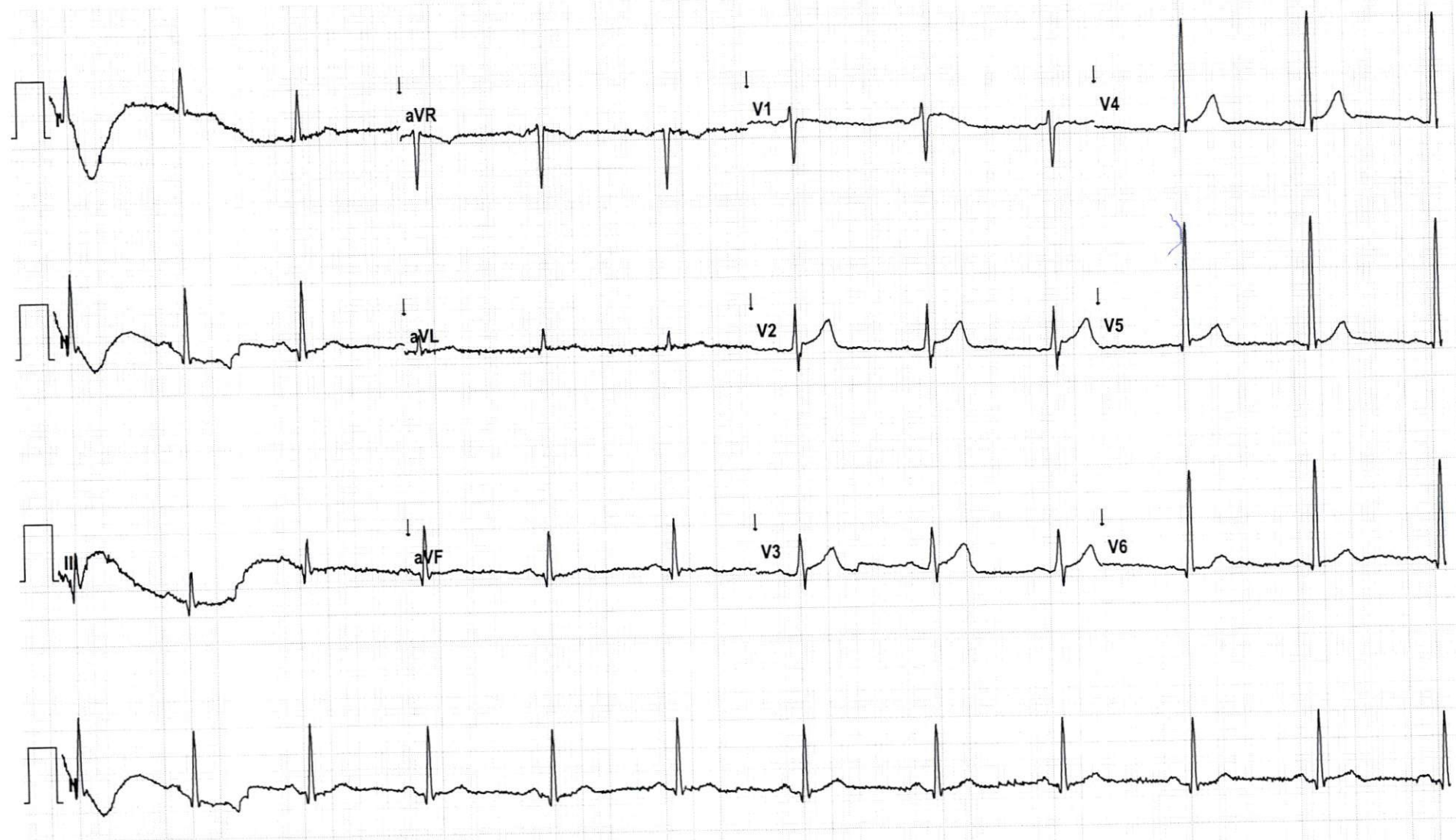
Vent rate: 67 BPM
PR int: 162 ms
QRS dur: 83 ms
QT/QTc: 337 / 352 ms
P-R-T axes: 71 42 34

RYTHME SINUSAL
INTERVALLE QT COURT

ECG ANORMAL

ATTENTION: LA QUALITE DES DONNEES PEUT INFLUENCER L'INTERPRETATION

Revu par _____



Site Zero

Site # 0 Cart # 0 ELI Link 4.11.6.0 Sequence # 42262 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz