

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 : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-466804

N°D: 14915

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4075 Société : NAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : HACHIMY ABDALLAH
 Date de naissance : 08 03 - 1961
 Adresse : JARDIN NM PARI 02 10 EL N° 101
 EL OULFA CAHABIAN CA
 Tél : 0687626293 Total des frais engagés : 537,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Laila BENNOUNA
 Médecine Gle. Echographie
 Nutrition
 7, RDC Rue 11 My. Thami Mazola
 Casablanca - Tél : 05 22 93 31 72
 Date de consultation : 08/03/2022
 Nom et prénom du malade : Hachimy Youssef
 Age : 61 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Anxiété - Saccharose
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer 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 : 08/03/2022

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
04/12/19	C		250	
13/12/19	OTH		58	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/12/19	188,-
	13/12/19	59,2

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D	G	
	25533412 00000000	21433552 00000000	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	00000000 35533411	00000000 11433553	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

ET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Laila Bennouna

Médecine Générale

Échographie

D U Diabétologie

D U Gynécologie

D U Nutrition - Obésité

Programme d'Amincissement Spécialisé



49/60
PPU: 49,60 DH
LOT: 19F18/8
EXP: 06/2022

49/60
PPU: 49,60 DH
LOT: 19F18/8
EXP: 06/2022

الفحص بالصدى

داء السكري

أمراض النساء

التغذية

تخسيس الوزن بآلات متخصصة

Casablanca le :

13/12/19

الدار البيضاء في

Nessoudi Hechimy
Yamena

49,60 x 2

- D Cure F



1 amp / 2 mois
+ 2 amp / 3 mois

PHARMACIE NASSRI
11bis, Bld 20 Août, Commune
Hassani-Casa
0224 93 28 72

99,2

Dr. Laila BENNOUNA
Médecine Générale - Échographie
Nutrition
7, RDC Rue 11 Mgr. Thami Mazola
Casablanca - Tél.: 05 22 93 31 72

7. الطابق السفلي. زنقة 11. مولاي التهامي - مازولا - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.93.31.72

7, rez-de-chaussée, Angle Moulay thami et Rue 11 - Mazola - Casablanca-Tél.: 05.22.93.31.72

E-mail : centre.bennouna@gmail.com - ICE : 001876772000053

Dr. Laïla Bennouna
Médecine Générale - Échographie

Médecine de Travail

D U Diabétologie

D U Gynécologie

D U Nutrition - Obésité

Programme d'Amincissement Spécialisé



أمراض النساء
التغذية
الوزن بألات متخصصة

Casablanca le : 04/12/19 : الدار البيضاء في:

Nesoudi Hachimy
Yamena

68, - Kalmener

1 gel x 30h

MS, - Daniez 24

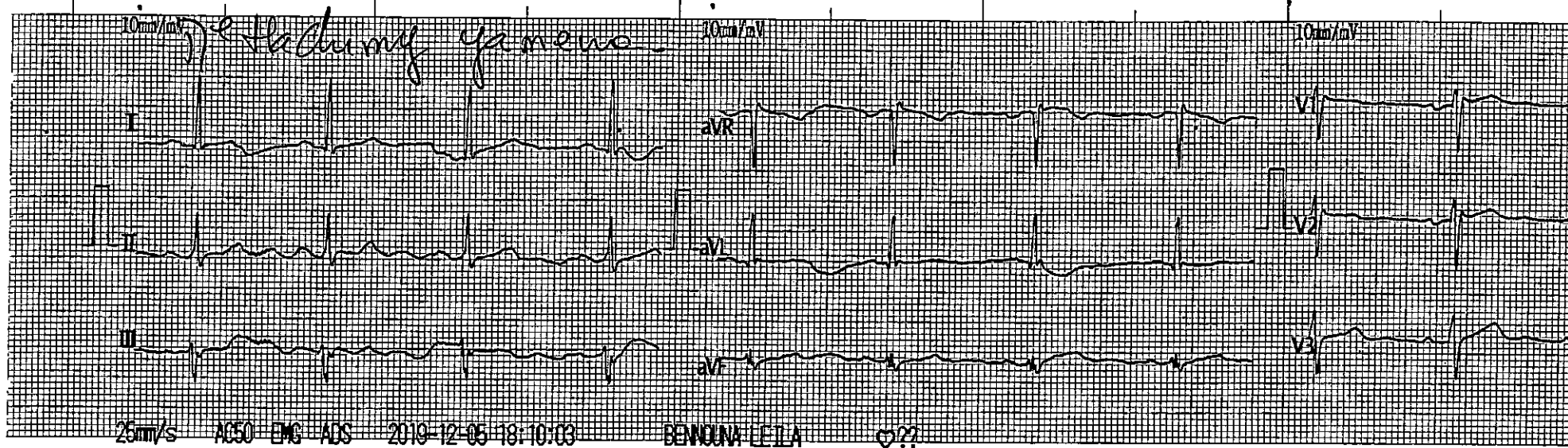
1 y maia
1 y sm

Dr. Laïla BENNOUNA
Médecine Générale - Echographie
Nutrition
7, RDC Rue 11 Mly. Thami Mazola
Casablanca - Tél: 05 22 93 31 72

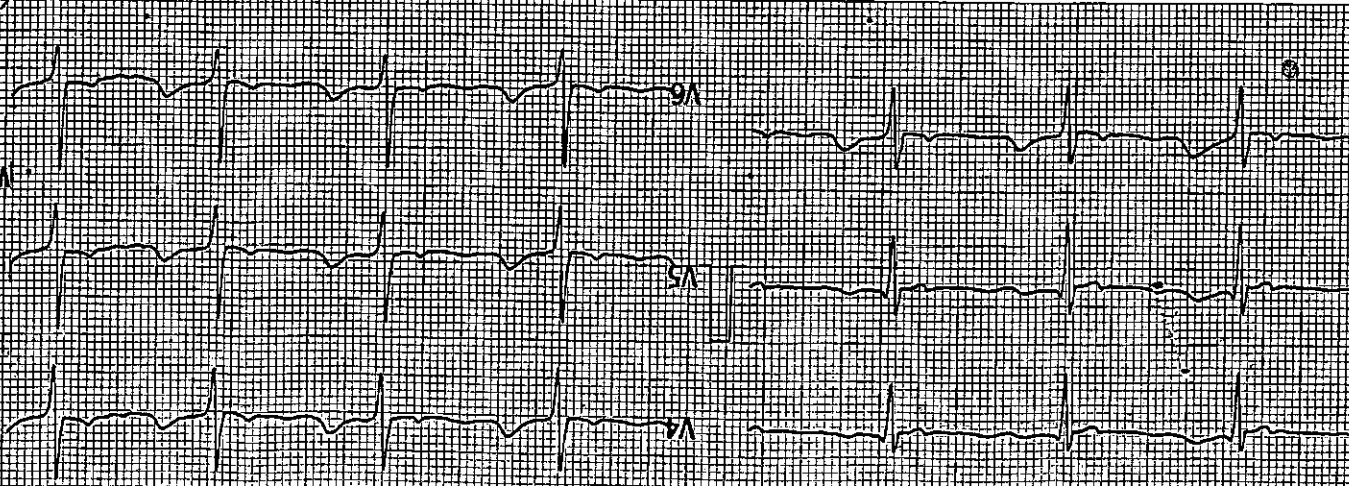
7، الطابق السفلي، زنقة 11، مولاي التهامي - مازولا - الدار البيضاء - الهاتف: 05.22.93.31.72

7, rez-de-chaussée, Angle Moulay thami et Rue 11 - Mazola - Casablanca - Tél: 0522.93.31.72

E-mail: centre.bennouna@gmail.com - ICE: 001876772000053



10mm/mV



Heart Rate (BPM) = 66

PR Interval (ms) = 167

P/QRST Time (ms) = 122

QT/QTc (ms) = 369

P/QRST/T Axis (Deg) = 61

RV1/SV5 Amp (mV) = 0.24

RV5/SV1 Amp (mV) = 0.88

RV5/SV1 Amp (mV) = 0.71

RV5/SV1 Amp (mV) = 0.52

RV5/SV1 Amp (mV) = 0.24

RV5/SV1 Amp (mV) = 0.88

RV5/SV1 Amp (mV) = 0.71

RV5/SV1 Amp (mV) = 0.52

RV5/SV1 Amp (mV) = 0.24

RV5/SV1 Amp (mV) = 0.88

RV5/SV1 Amp (mV) = 0.71

RV5/SV1 Amp (mV) = 0.52

RV5/SV1 Amp (mV) = 0.24

RV5/SV1 Amp (mV) = 0.88

RV5/SV1 Amp (mV) = 0.71

RV5/SV1 Amp (mV) = 0.52

RV5/SV1 Amp (mV) = 0.24

RV5/SV1 Amp (mV) = 0.88

RV5/SV1 Amp (mV) = 0.71

ECG Analysis Results:
800 Normal Sinus Rhythm
506 Incomplete Right Bundle Branch Block
611 T Abnormal (V1-V6)
212 Left Axis Deviation
*** Borderline Abnormal ECG ***
Note: Unconfirmed Report, Need to Review

MR BEN

> 00000000197 M 40Y 2 / 69 cm/Kg 4 / 30 mmHg