

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.

Ontique 7

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

Bééducation :

- 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 canalaires, 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 canalaires.

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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

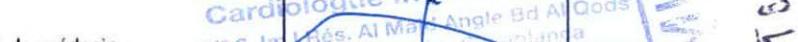
Déclaration de Maladie

Nº W19-441015

$$ND^o = 17123$$

65

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>05487</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>Benboudjia Nekkach</u>
Nom & Prénom : <u>Benboudjia Nekkach</u>			
Date de naissance : <u>30/05/1966</u>			
Adresse : <u>A. 14</u>			
Tél. : <u>06 61 61 21 29</u>		Total des frais engagés : <u>7 805,20</u>	
Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
	
Cachet du médecin : 	
Date de consultation : 09/01/2020	
Nom et prénom du malade : KAMAL BELMASSAOUA Age : 51	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : HTA + DM + Palpitations et dyspnée	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous p/confidential 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. 22

Fait à : 105 800\$

Signature de l'adhérent(e) :

Re: 1000000

RELEVE 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
29/01/2020	CHIR	250,00	250,00	INP : 111109998888 Dr. Kamal BELMAA Cardiologue Interventionnel 15, Al Maad Al Jadid Bd Al Qods Casablanca T : 051 24 00 94

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACH-CHAFAF Dr. Bouchra TAOUFIK coopérative Ach-chafat N°DM2 Bay Inara Haddaouia Casablanca Tél.: 05 22 21 64 09	09/01/2016	533,00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																				
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (Rows for selecting treated teeth)	Nature des Soins (Rows for describing treatments)	Coefficient (Rows for coefficient)	INP : <input type="text"/>																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DATE DU DEVIS																
				DATE DE L'EXECUTION																
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 																
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>					H		25533412	21433552	D		00000000	00000000	B		00000000	00000000	G		35533411	11433553
H		25533412	21433552																	
D		00000000	00000000																	
B		00000000	00000000																	
G		35533411	11433553																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

valable 3 mois

Le 14/01 / 2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme M. :

Présente

HTA + Palpitations

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Au long cours (A vie)

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

*Dr. Kamal BELMAA
Cardiologue et interventionalist
N° 6 Im 1 Résidence Majd Angle Bd Al Qods
2 Mars Air Check - Casablanca 20600
Tél: 05 22 50 42 43 - GSM : 06 01 21 00 04
INPE 101090300*

- Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat
- Diplômé en Cardiologie Interventionnelle (D.I.U en coronarographie et angioplastie coronaire) Besançon - France
- Ancien Professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat
- Ancien Médecin Militaire à l'Hôpital d'Instruction Mohamed V de Rabat



- خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط.
- حاصل على دبلوم قسطرة شرايين القلب ببراسون. فرنسا.
- أستاذ سابق بكلية الطب والصيدلة بالرباط.
- طبيب عسكري سابق بالمستشفى العسكري الجامعي محمد الخامس بالرباط.

09/01/2020

71 - JAMAL BENE LAILA

208,00

Coveram 5/50g

5.7

208,00

37,80

1 gr matin (dosage) Sectral 200 mg

5.7

PER 04/2021

SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80



44,90

1 gr matin 10g

5.7

99,00

1 gr soir (dosage)

5.7

84,00

1 an matin (dosage)

5.7

1

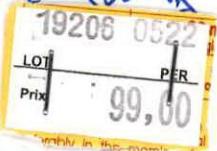
Mag Top 300g

5.7

5.7

1 gr soir (dosage)

5.7



19206 0522

LOT : 19206 0522

Prix : 99,00

inclus in the amount

Lot : 670VAA
Exp : 03 / 2022
P.P.C : 84 DH

2 مارس، إقامة المجد، عمارة I الطابق الأول رقم 6 عين الشق - الدار البيضاء (قرب مقهى كيوتو)

Angle Bd Al Qods - 2 Mars Rés. Al Majd, Im I, 1er étage N° 6 Ain chock - Casablanca (Près du café KYOTO)

Tél: 05 22 50 42 43 - Urgences : 06 61 24 00 94

PPV:10DH30
PER:10/21
LOT:H2061

10,30 / Doliprane 200 mg
45,00 Ly 2x 500 mg (x 01/09)

7/ Myodeterm 1x Pradr
application ext (x 01/09)

LOT:08219009
PER:04-2024
PPV:49,00 DH

Dr. Kamal BELMADANI
Cardiologue Interventionnel
N° 6, 1er étage, Al Maida Angle Bd Al Qods
2 Mars Air, Chock - Casablanca
Tel: 05 22 50 42 43 - GSM : 06 61 24 00 04
INPE 101099810

533,00

PHARMACIE ACH-CHARAF
Dr. Bouchra TAOUDI
Coopérative Ach-Charaf N° DM2
Hay Inera Haddaouia Casablanca
Tel: 05 22 21 64 09

09/01/2020 16:27:52

ID: _____

INCONNU ---

FC/RR méd: 67 bpm/886 ms

PR: 200 ms

QRS: 94 ms

Axes: 6/34/45°

QT/QTcH: 406/418 ms

QTcB: 429 ms

QTcF: 421 ms

Rv5-6/Sv1: 1.197/0.853 mV

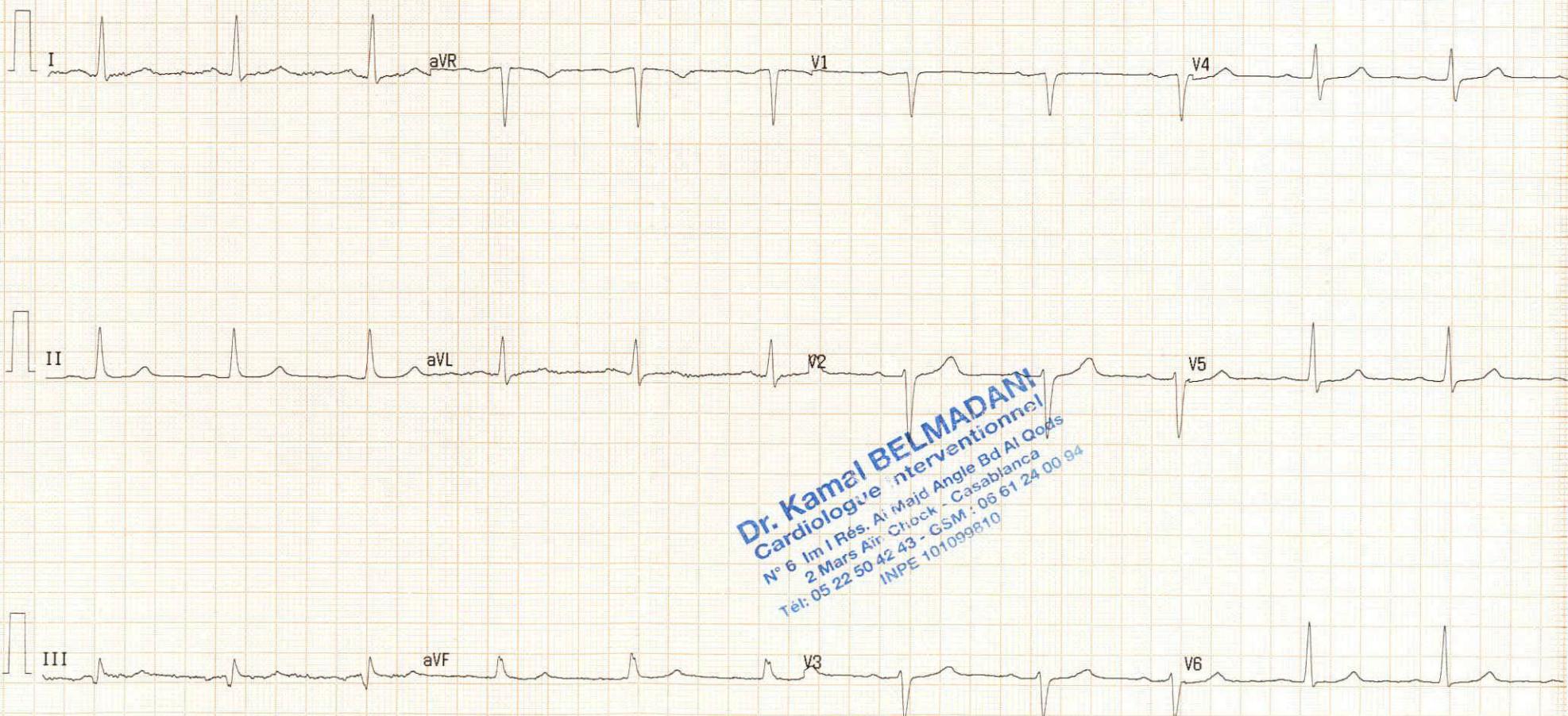
Sok-Lyon: 2.050 mV

Rythme sinusal

--- Interprétation effectuée sans connaître l'âge/sexe du patient ---

ECG normal

1^{me} JAMAÏQUE LAÏKA



Dr. Kamal BELMADANI
Cardiologue Interventionnel
N° 6 Im 1 Rés. Al Maid Angle Bd Al Qods
2 Mars Air Chock - Casablanca
Tél: 05 22 50 42 43 - GSM: 06 61 24 00 94
INPE 101099810