

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com,
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



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

Déclaration de Maladie

N° P19-0048190

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3166 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IBRAHIMI Abdellatif

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : N°34, Rue Anoual Hay Farah III FES

Tél. : 06 62 56 30 42 Total des frais engagés : 760,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENNANI Chakib
Cardiologue
Bd Med V Résidence Tiemçani Fès
Tél : C.0535654052 D.0535600473
053561137356

Date de consultation : 29 JUL 2021

Nom et prénom du malade : M. Ibrahim Abdellatif 1946

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension

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 : FES Le : 03 / 08 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-048190

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3166

Nom de l'adhérent(e) : IBRAHIMI Abdellatif

Total des frais engagés : 760,80

Date de dépôt : 03/08/2021

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
29 JUL 2021	C2 + ECG		200 + 100 = 300 DH	Dr. BENNANI Bd Med. 0535563408 Tél. C. 0535563408 P. 0661137356

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. YAHYIAH FARAH 13 AV. EL FARAH - PES 14 TEL. 0535563408 INPE 1420282634	29-07-21	460.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
				MONTANTS DES SOINS																				
				DEBUT D'EXECUTION																				
				FIN D'EXECUTION																				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Dr. BENNANI Chakib

Cardiologue

Spécialiste des Maladies du cœur
et des vaisseaux

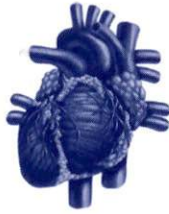
Diplômé de la faculté de Médecine
de Rennes - France

Diplômé de la Médecine d'urgence
à Brest - France

Ancien Assistant des Hôpitaux
de France (Lorient)

Echographie à double Doppler

Holter cardiaque et tensionnel - Pace - Makers



الدكتور بناني شاكيب

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب برين (فرنسا)

شهادة الطب الاستعجالي ببرست (فرنسا)

طبيب مساعد سابقا بمستشفيات فرنسا

الفحص بالاكوغرافيا و الدوبلر

ضبط النبضات القلبية والضغط الدموي

29 JUL 2021

فاس، في

R - Ibrahimini Abdelatif

$(36,20 \times 4) = 144,80$

Amlodipine 5mg 1at

$(79,00 \times 4) = 316$

Tahor 10 mg 1le 8j

III de 03

460,80

Dr. BENNANI Chakib
Cardiologue
Bd Med V Résidence Tlemçani Fes
Tél : C.0535654052 D.0535600473
P.0661137356

RDV Souhaitable.

Ramener vos médicaments lors des visites ultérieures.

Bd Med. V - Résidence Tlemçani
(Imb Nouv. Mag AU DERBY) - FES

Cabinet : 0535.65.40.52 : عيادة
Mobil : 0661.13.73.56 : متنقل

شارع محمد الخامس، إقامة التلمساني
المركز الجديد : أودربي - فاس

E-mail: bennanich.cardiofes@gmail.com

Patente : 13202434

Id.Fiscale : 15501585

C.N.S.S : 8502850

Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique.

AMLODIPINE WIN + GROSSESSE

= DANGER



Uniquement sur ordonnance - Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

احترام المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

الوجبات / REPAS		
الليل / SOIR		
الزوال / MIDI		
الصباح / MATIN		

POSOLOGIE / المقتدرات - HORAIRES / المواقف

36,20



Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique.

AMLODIPINE WIN + GROSSESSE

= DANGER



Uniquement sur ordonnance - Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

احترام المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

الوجبات / REPAS		
الليل / SOIR		
الزوال / MIDI		
الصباح / MATIN		

POSOLOGIE / المقادير - HORAIRES / المواقف

36,20



Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique.

AMLODIPINE WIN + GROSSESSE

= DANGER



Uniquement sur ordonnance - Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

احترام المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

--

الوجبات / REPAS		
الليل / SOIR		
الزوال / MIDI		
الصباح / MATIN		

POSOLOGIE / المقتدر / HORAIRE / المواقف

36,20



Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique.

AMLODIPINE WIN + GROSSESSE

= DANGER



Uniquement sur ordonnance - Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

احترام المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

--

الوجبات / REPAS		
الليل / SOIR		
الزوال / MIDI		
الصباح / MATIN		

POSOLOGIE / المقتدر / HORAIRE / المواقف

36,20



TAHOR 10MG 28 CPS

P.P.V : 79DH00



Laboratoires
Pfizer S.A.

6 118000 250340

Emballage scellé.

Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

28
COMPRIMÉS
PELLICULÉS

Boîte sécurisée
pour votre protection

Emballage scellé.
Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

10
mg

TAHOR 10MG 28 CPS

P.P.V : 79DH00



Laboratoires
Pfizer S.A.

6 118000 250340

Emballage scellé.

Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

28
COMPRIMÉS
PELLICULÉS

Boîte sécurisée
pour votre protection

Emballage scellé.
Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

10
mg

TAHOR 10MG 28 CPS

P.P.V : 79DH00



Laboratoires
Pfizer S.A.

6 118000 250340

Emballage scellé.

Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

28
COMPRIMÉS
PELLICULÉS

Boîte sécurisée
pour votre protection

Emballage scellé.
Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

10
mg

TAHOR 10MG 28 CPS

P.P.V : 79DH00



Laboratoires
Pfizer S.A.

6 118000 250340

Emballage scellé.

Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

28
COMPRIMÉS
PELLICULÉS

Boîte sécurisée
pour votre protection

Emballage scellé.
Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

10
mg