

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 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 - 5ème 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- 060663

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0749 Société : NAM 122569

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SOUHAIL Abdallah

Date de naissance : 01/07/1934

Adresse : NAM Rue Lablala Femme Protée

Tél : 068926336 Total des frais engagés : 1059,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/01/2022

Nom et prénom du malade : Souhail Abdallah Age :

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

Nature de la maladie : HTA

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 : 07/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
31/01/2022	Actes		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Dispensateur	Date	Montant de la Facture
	31/01/2022	759,00

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION

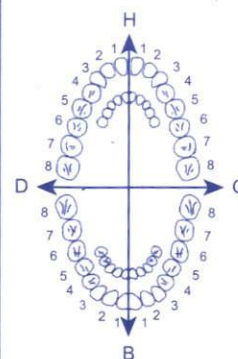
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

[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

Dr. Ghita BENHAYOUN

Spécialiste en pathologie cardiovasculaire
D.I.U Echocardiographie
de la Faculté Victor Segalen Bordeaux II
D.U cardiologie pédiatrique
de la Faculté René Descartes Paris V

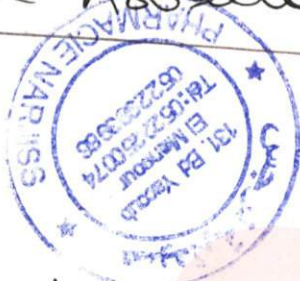


د. غيثة بن حيون

اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين
دبلوم الفحص بالصدى بكلية بوردو II
دبلوم أمراض القلب عند الأطفال بكلية باريس V

Casablanca, Le : 30/10/2022

MR Souhaï Aggalloul



Att de Guir

31770

1) Kauderpi 160

0 - 2 - 0

2) T. evermélus

1 - 0 - 0

3) Zor 20

0 - 0 - 2

09950

4) Maxikone 40

2 - 0 - 0

5) Covenam 5/r
 $70800 \times 3 = 62400$
 25920
 $1 - 0 - 0$

208,00



Dr. Ghita BENHAY
 Spécialiste en pathologie cardiaque
 82, rue Houssou Baco Noussou
 Tel: 0522 260 250 Fax: 0522 260 251
 GSM: 0661 43 43 43

208,00

208,00

Lot: 210058
 A consommer de préférence avant le: 02/2024
 PPC: 99,50 DH

LOT: 21E009
 PER: 12/2022
 KARDEGIC 160MG
 SACHETS B30
 P.P.V: 35DH70
 118001 081189

LOT: 21E010
 PER: 05/2023
 KARDEGIC 160MG
 SACHETS B30
 P.P.V: 35DH70
 118001 081189

Nle 0749



☒ valable 3 mois

Le 21/01/2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné : BENHAYOUN STITA

Certifie que Mlle, Mme, M. Souhaï Abdallah

Présente STITA

Nécessitant un traitement d'une durée de :

longue durée

Dont ci-joint ordonnance : cf 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 BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr BENHAYOUN Ghita

Nom : SOUHAIL ABD ELLEH 006578

Sex : Case No. :

Age : 88Y Lit No. :

Clinique N : Date : 31/01/2022

Section :

Fréquence: 1000Hz

Temps d'écha 15s

FC: 75bpm

P Interval: 86ms

QRS Interval: 109 ms

T Interval: 212 ms

PR Interval: 162 ms

QT Interval: 409 ms

QTc Interval: 456 ms

P Axis: 83.70°b

QRS Axis: 17.80°b

T Axis: 51.30°b

Prompt:

Rouge 256m
Axe QRS L.
pas de 886
de repolarisation

Signature Medecin :

ECG

