

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-718472

132076

par courriel

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-718472

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médical attestant le Paiement des Actes
26 AOUT 2022	C. L. E. C. ?	300,60		INP : 114 450 000 Dr. SAAD BENSAAD CARDIOLOGUE 15, Av. Lalla Meriem Tél: 33.65.33.97-65.33.97-65.33.97-65.33.97

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. SANAA BENSOUSSAN SARL - AL RTE AIN CHKEF Tél: 05 35 74 8 Tél: 14200	26/08/22	1936,10 DH

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.

Le praticien est

Important :

Veuillez joindre le

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Plavix 75 mg, cp pel b 28
P.P.V : 316,00 DH
6 118001 081257

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Plavix 75 mg, cp pel b 28
P.P.V : 316,00 DH
6 118001 081257

68,90

68,90

68,90

150,00

150,00

150,00

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

97,60

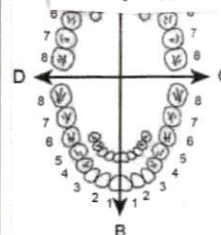
97,60

97,60

KARDECIG 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
LOT : ZZE004
PER:02 2024
6 118000 061847

KARDECIG 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
LOT : ZZE004
PER:02 2024
6 118000 061847

KARDECIG 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
LOT : ZZE004
PER:02 2024
6 118000 061847

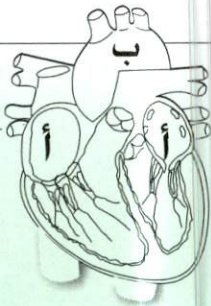


Creation, Fonctionnel, Thérapeut

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور سعد بنونة

Docteur Saâd BENNOUNA

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

Cardiologue lauréat de l'université de Rouen

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux

خريج كلية الطب بروان (فرنسا). مجاز في فحص القلب بالصدى والدوبلر

ملحق سابقاً بمستشفيات روان. ملحق سابقاً بالمستشفى الدراسي العسكري محمد الخامس

Diplômé d'Echocardiographie - Doppler (Paris VII)

Explorations Cardiovasculaires.

Mr EL AZAIZI MOHAMMED

26/08/2022

1316 24 632 régime peu salé
* PLAVIX 75
168 23 206 1 cp le midi 1jr/2 (3 mois)
* FLUDEX 1.5 MG LP
1150 23 150 1 cp le matin après repas (3 mois)
* IRVEL 300
187 23 262 1 cp le soir (3 mois)
* NEBILET
137 60 23 232 1 cp le midi (3 mois)
* REDLIP 20
130 20 23 132 1 cp le soir (3 mois)
* KARDEGIC 75
1 sachet à midi (3 mois)

* NE PAS ARRETER LE TRAITEMENT SANS AVIS MEDICAL

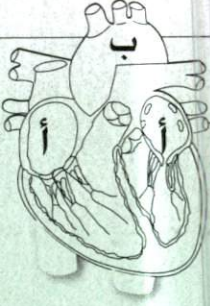
1936,10

PHARMACIE AL KORACHI
SARL-AU
SAÛD BENNOUNA
AL KHATEB, HAY AL AZHAR
PTE AIN CHKEB
Tél : 05 35 74 84 97
142006814



إقامة مسجد الإمام مالك، 15 شارع للامريم، الطابق الأول - فاس Rés. de la Mosquée Imam Malik 1^{er} étage - 15, Av. Lalla Mariam - FES

☎ Tél. : Cabinet : 05.35.65.33.92 - العيادة ☎ • Fax : 05.35.65.35.66 ☎



الدكتور سعد بنونة

Docteur Saâd BENNOUNA

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

Cardiologue lauréat de l'université de Rouen

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux

خريج كلية الطب بروان (فرنسا). مجاز في فحص القلب بالصدى والدوبلر
ملحق سابقاً بمستشفيات روان. ملحق سابقاً بالمستشفى الدراسي العسكري محمد الخامس
Diplômé d'Echocardiographie - Doppler (Paris VII)
Explorations Cardiovasculaires.

26/08/2022

Mr EL AZAIZI MOHAMMED

NOTE D'HONORAIRES

C2 + ECG : 300.00 DH

Acquitée la présente facture à la somme de :
TROIS CENT DIRHAMS

Dr. SAÂD BENNOUNA
CARDIOLOGUE
15, Av. Lalla Mariem-FES
Tél.: 05.35.65.33.92 - GSM: 06.61.14.85.35

ECG

Dr BENNOUNA Saad

NOM: EL AZAIZI MOHAMMED

ID :

Genre : Homme

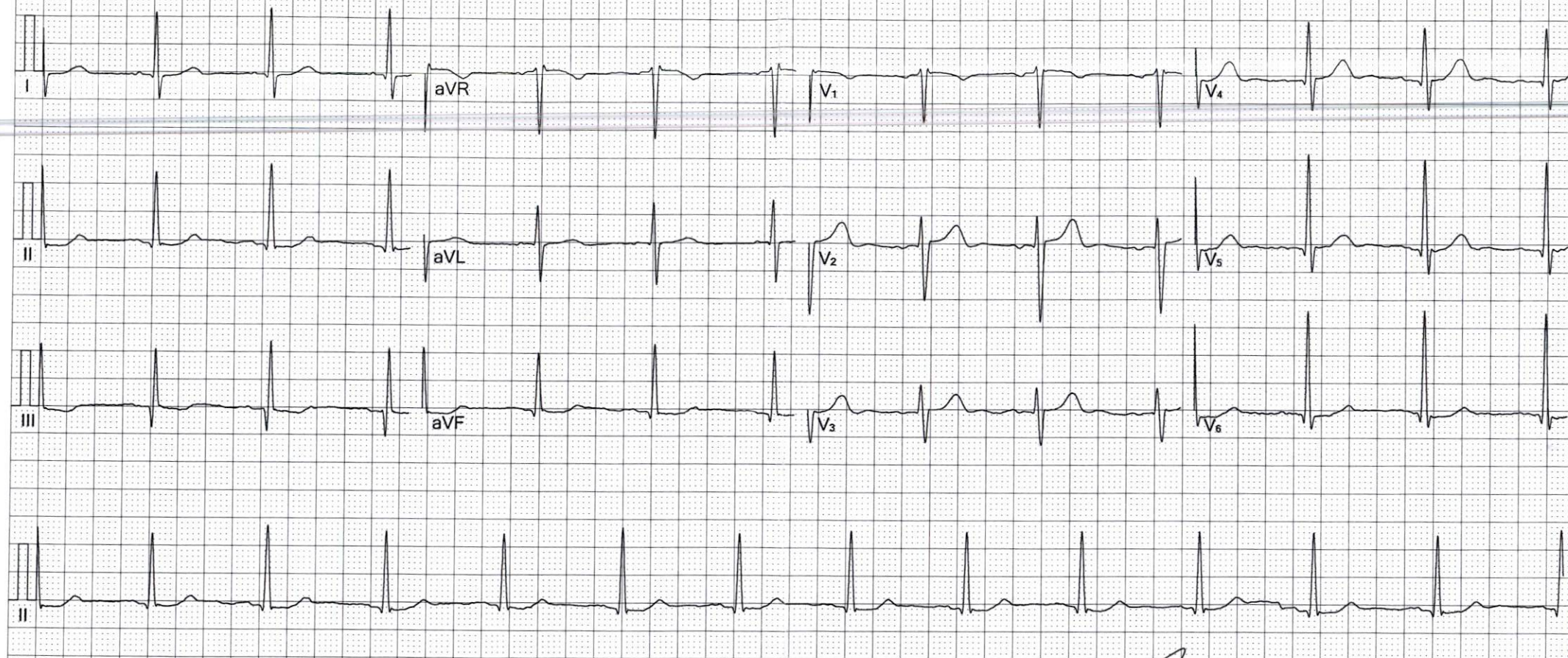
Age : 70

DOB : 01-01-1952

Date Test: 26-08-2022 16:08

Case #: Investigation #: Médecin Référent: Doctor A

10mm/mV 25mm/s



Fréquence :	1000 Hz	Interval.PR :	131 ms
Durée ECG:	16 s	Interval.QT :	395 ms
FC :	71 bpm	Interval.QTc :	429 ms
Durée P :	65 ms	Axe P :	-37.6°
Durée QRS :	91 ms	Axe QRS :	60.8°
Durée T :	274 ms	Axe T :	-5.6°

Filtre Principal:On Filtre ADS:On

Suggestion :

Signature Médecin: