

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 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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0017276

146639

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0.1377 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KASRI MOHAMMED
 Date de naissance : 01-01-1980
 Adresse : 22A Rue Tanger, cité de l'air, Nouaceur
 Tél. : 066 1 10 67 15 Total des frais engagés : 3869,87 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: A. AARIZA, MUPRAS, CARDIOLOGUE, Dr. BENELLOU MOHAMMED KARIM]
 Date de consultation : 18/01/2023
 Nom et prénom du malade : KASRI MOHAMMED
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ALD + ALC + Pathologie
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC
 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 : 18 / 01 / 2023

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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 Remont des Actes
18/01/23	8 + ECG	3000		Dr. BENELLOU Mohamed Karim Bd Al Oubaydi 511 Jardin Al Oubaydi En Face poste Police Méditerranée Appl 38 Tél: 0522 57 57 451 - Coordonnateur RENAULT

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BEN M'SIK MAROUANE MSIK Docteur en Pharmacie Lot. Khadija Bd. Oum Rabia - Deroua Gsm : 05 22 53 20 58 INPE 062084025	18/01/23	3569,80 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

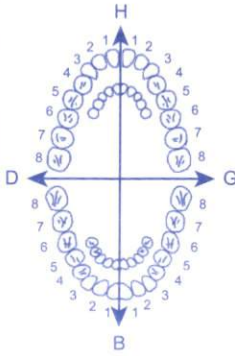
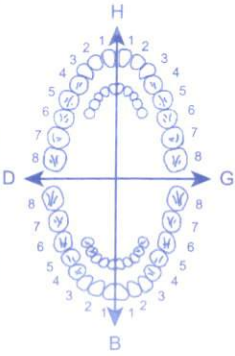
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 00000000 35533411 </div> <div> 00000000 11433553 </div> </div> B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr BENJELLOUN Mohammed Karim

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux

Hypertension Artérielle, ECG (tracé du cœur)

Cholestérol, Holter ECG et Tensionnel

Diplômé d'Echocardiographie Doppler

BORDEAUX



دكتور محمد كريم

خبر القلب والشرايين

الكوليسترول

اني للقلب، الهولتر

بالصدى

بورديو

Casablanca, le 18 - 01 - 2023

N: Karim Mohammed

224,00 x 3 Exforge 5/16 : 1 -

91,00 statinal 20 : 0 - 0 - 1 (17)

629,00 x 3 Xarelto 20 : 0 - 0 - 1

153,30 x 6 Perindopril 160 1 - 0

3569,80

Dr. BENJELLOUN Mohammed Karim
CARDIOLOGUE
Bd Al Qods (En Face Chock)
511 Jardins Al Qods California Agadez
En Face poste police et concessionnaire (RENAULT)
Tél: 0522 52 57 45 - GSM:

Bd. Al Qods, 511, Jardins Al Qods California (En Face du concessionnaire)

Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0612 65 13 15 / 0660 38 40

E-mail : drbenjellounkarim@gmail.com



Rivaroxaban
28 cps
P.P.V : 629,00 DH
Bayer S.A.

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V : 629,00 DH
Bayer S.A.

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V : 629,00 DH
Bayer S.A.

6 118001 090808

153,30

153,30

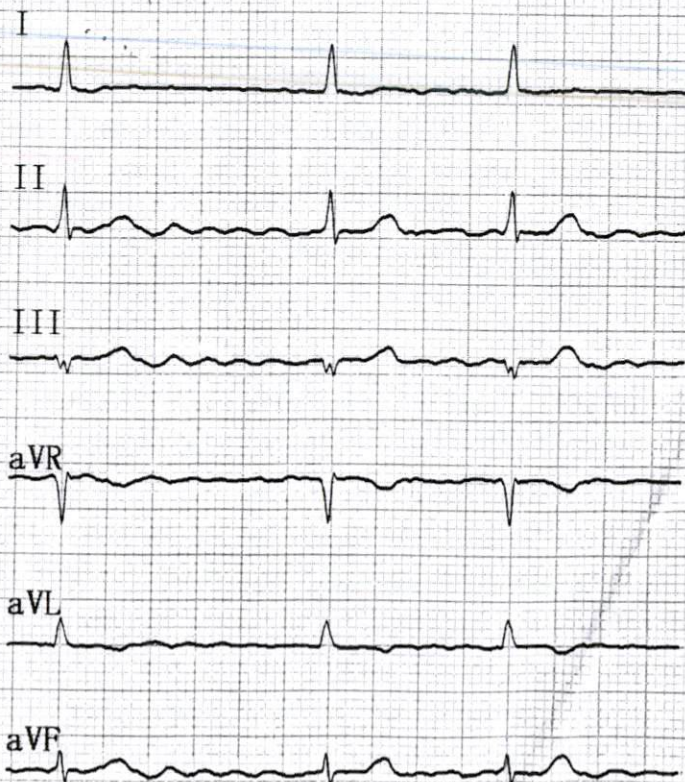
153,30

153,30

153,30

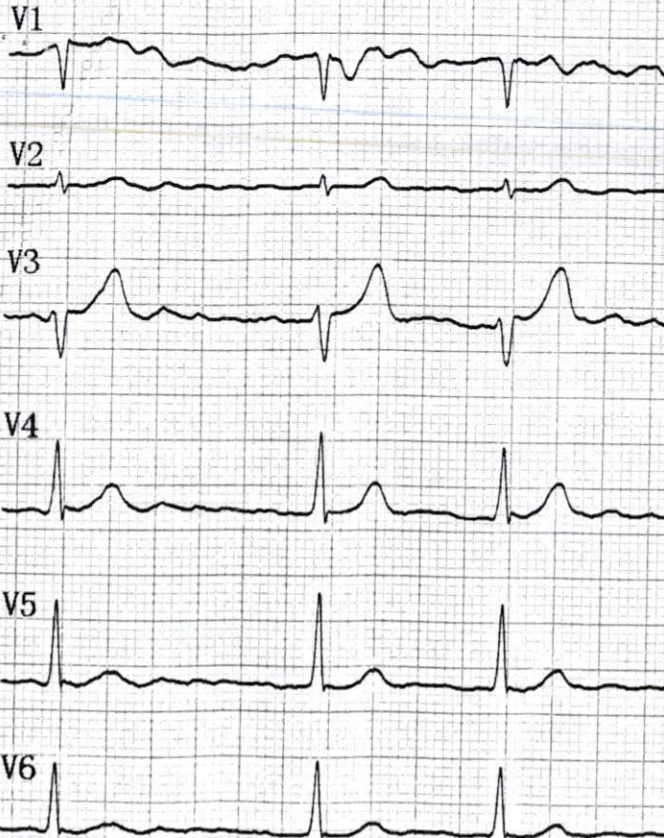
153,30

AUTO 10mm/mV



25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+DFT

10mm/mV



Dr BENJELOUN mohammed karim
2023-01-18 13:22

ID: KASRI
Nom: MOHAMMED Sexe:
Taille:
FC [bpm]: 60
Intervalle PR [ms]:
Durée P [ms]:
Durée QRS [ms]: 82
Durée T [ms]: 362
QT/QTc [ms]: 532/536
Axe P/QRS/T [deg]: 0.0/8.6/65.9
R(V5)/S(V1) [mV]: 1.01/0.49
R(V5)+S(V1) [mV]: 1.51
<<Conclusions>>

Médecin



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6
MOIS

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

KASRI MOHAMMED

Matricule :

01377

N° CIN :

B524737

Adresse :

22A Rue Tayer cîte de l'air, Nouasseur

Bénéficiaire de soins :

☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

KASRI MOHAMMED

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☒ A vie

3 mois renouvelable

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

ASGA + coronarographie + HDA

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

voir ordonnance

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : CASABLANCA le 18/05/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

[Signature and stamp of Dr. Benjeloun Mohamed]

* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées