

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0055124

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique 154250 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1009 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHALIDE MOHAMED

Date de naissance : 1936

Adresse : Rue S. 7. m 25 Yamlou 5 cile djmaa Casablanca

Tél. : 0686.08.06.08 Total des frais engagés : 8500 + 2930 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr Mohamed AL BENNANI
Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux
1. Rue 4. 100 El Jemaa El Djaïda Casablanca 20000
Tél : 05 22 20 45 45

Date de consultation : 13 Mars 2023

Nom et prénom du malade : KHALIDE MOHAMED Age :

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

Nature de la maladie : Cardiopathie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 13/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
13 Mars 2023		2	18 dh	Spécialiste en Odontologie des Voies et de la 1. Rue 4 And El Jad 3 Ter Etage Tél: 05 22 59 59

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KOUTOUBIA Docteur Mohamed AARAB Situé à El Esten Pharmacie Cité Dr. Amas - Casablanca Tél: 05 22 37 31 07 - 05 22 57 39 24 INPE: 92036904	13/03/23	29,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

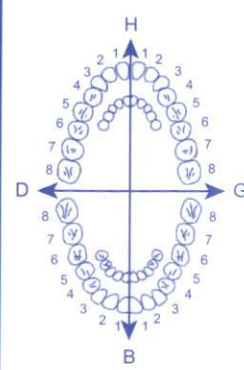
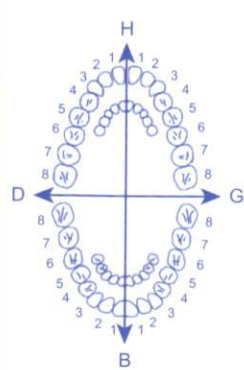
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																	
	<table> <tr> <td>H</td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td>B</td><td>B</td></tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	[Création, remont, adjonction]																	
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
			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. Mohamed Ali BENNANI**
Cardiologue

Spécialiste des maladies
du cœur, des vaisseaux
et de l'hypertension artérielle
Echocardiographie doppler - Holter
tensionnel - Holter rythmique
Epreuve d'effort
Traitement des varices
Sur Rendez-vous



مركز فحوصات القلب والشرايين
CENTRE D'EXPLORATIONS
CARDIOVASCULAIRES
13/03/2023

الدكتور محمد علي بناني

إختصاصي في أمراض القلب والشرايين
وارتفاع الضغط الدموي

التشخيص بالأموح فوق الصوتية والدوبلر
تسجيل مستمر لضغط الدم لمدة 24 ساعة
تسجيل مستمر لتخطيط القلب لمدة 24 ساعة
تخطيط القلب عند المجهود
علاج الدوالي (العروق المنتفخة بالساق)
بالموعد

Casablanca, le : : الدار البيضاء، في :

M. KHALIDI MOHAMED

Nom :

REXABAN 15 : 1 comprimé le matin au milieu du repas pendant 3 mois

CARDIOASPIRINE 100mg , Comprimé : 1 comprimé à midi pendant 3 mois

COVERAM 10/5 mg : : 1 comprimé le matin pendant 3 mois

ADANCOR : 1 comprimé matin et soir pendant 3 mois

CORONAT 25 mg, Comprimé : 1/2 comprimé matin et soir pendant 3 mois

FLOTRAL 10 : 1 comprimé le soir pendant 3 mois

INEXIUM 20 mg Comprimé GR 4 : 1 comprimé le matin pendant 3 mois

APADEX LP : 1 comprimé le matin pendant 3 mois

Docteur Mohamed Ali BENNANI

PHARMACIE KOUTOUBIA

Mohamed AARAB
Docteur d'Etat en Pharmacie
Lotissement Messager
Gité Péniche
Tél: 05 22 37 31 07 - 05 22 57 30 24
INPE: 92036904

Traitement à ne pas arrêter jusqu'au prochain rendez-vous :
Lundi 12 Juin 2023

1, زنقة 4 العهد الجديد وشارع رضى اكديرة (النيل سابقا) - الطابق الأول (قرب حمام الفن) - ابن امسيك - الدار البيضاء
1, Rue 4 Ahd El Jadid et Bd. Reda Guedira (Ex. Nil) - 1 Etage - (à Côté de Hammam El Fane) - Ben M'sik - Casablanca
Tél./Fax : 0522 59 59 00 - GSM : 0636 36 61 36 - E-mail : bennanimedali@yahoo.fr

Nom : WALIDI MOHAMED

Sex: Male Lit No:

Age: Date: 13/03/2023 14:48:46

SN: 000605 Section:

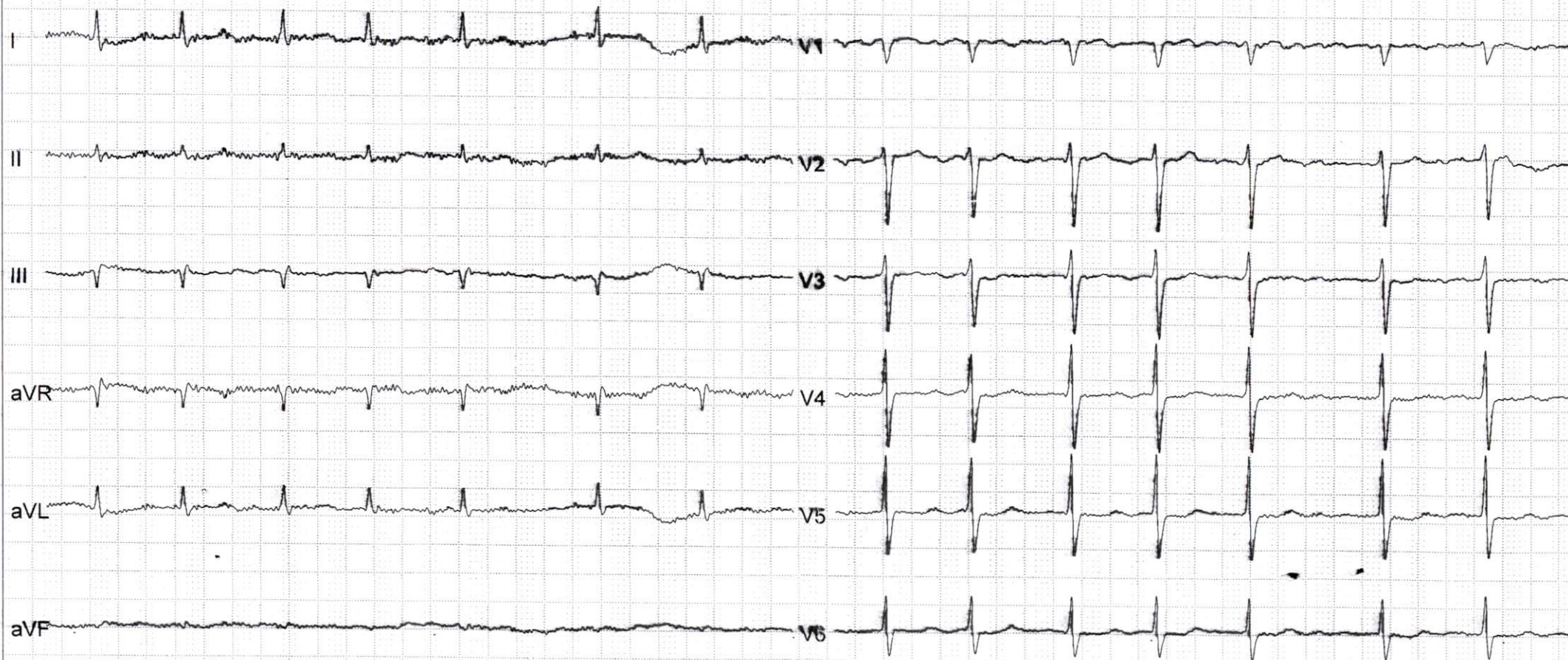
Cli No.: Case No.:

Fréquence:	1000Hz	QT Interval:	435ms
Temps d'écha	11s	QTc Interval:	496ms
FC:	78bpm	P Axis:	-
P interval:	-	QRS Axis:	-7.30j°
QRS interval:	100ms	T Axis:	33.70j°
T Interval:	282ms	RV5/SV1	1.05/0.38mV
PR interval:	-	RV5+SV1	1.43mV

Prompt:

Total Battem13 , Battements No11 , SVE 2 .
Middling Left axis deviation; possible old inferior MI;

Docteur:



00:00 AC+DFT+EMG 25mm/s 10mm/mV