

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

- 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 étage - 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° W21-812417

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01083 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : OUAKKAS BRAHIM

Date de naissance : 01.06.46

Adresse : RUE CHAKIB ARSALAN ROE MOULOUK 1

CHAMPS DE COURSE FES

Tél. : 06 6613 5733 Total des frais engagés : 1119,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur AKESBI Thami

Cachet du médecin :

Cardiologue Fès
INP 141004119

05 35 65 90 40 / 06 61 19 50 96

Date de consultation : 06 SEP 2023

Nom et prénom du malade : OUAKKAS BRAHIM 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 : FES Le : 11 / 09 / 2023

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
	CR		3000	INF:  Docteur AKESBI Cardologue Fès 341004119 10/06 61 19 50

INP : 1111006119
Docteur AKESB
Cardiologue F&S
INP 141004119
05 35 65 90 40/06 61 19 50 06

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p> Dr MOULAY SLIMANE Dr Slimane Fès Boua Kettani Saint Louis FES </p>	06/08/2023	819,00

PHARMACIE MOULAY SLIMANE
M. Moulay Slimane Fès
M. Abou Kettani
Av. Saint Louis FES
05 39 66 76 01

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

SUJET : ÉVALUATION 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	BNP : [][][][][][][][][][]											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <div>[]</div> MONTANTS DES SOINS <div>[]</div> DEBUT D'EXECUTION <div>[]</div> FIN D'EXECUTION <div>[]</div>											
	O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES														
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> H <table style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: right;">25533412</td> <td style="width: 50%; text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">B</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table> B </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	B	G	00000000	00000000	35533411	11433553	
		25533412	21433552												
		00000000	00000000												
		B	G												
		00000000	00000000												
		35533411	11433553												
		(Creation, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
				DATE DU DEVIS <div>[]</div> DATE DE L'EXECUTION <div>[]</div>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 caninaires, ainsi que le bilan de l'ODE.

[illegible]

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H		
	25533412	21433552	
B	00000000	00000000	C
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	
	B		

(Création, remont, adjonction)
fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
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

Docteur Thami AKESBI

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé des Universités de Paris

Diplômé d'échocardiographie et de Cardiologie
Congénitale et Pédiatrique

Ancien Assistant des hôpitaux de la région parisienne



141004119

MR OUAKKAS BRAHIM

MATIN | MIDI | SOIR

1. EXFORGE

10/
160

MG

CP

0

0

1

APRES REPAS

TRAITEMENT CONTINU

QSP 3 MOIS

A REVOIR DANS 3 MOIS AUTOMESURES



819.00

PHARMACIE MOULAY SLIMANE
Sté Mly Slimane Fès
Dr. Mouna Kettani
9, Av. Saint Louis - FES
05 35 65 76 08

Docteur AKESBI Thami
Cardiologue Fès
N°P 141004119
05 35 65 90 40/06 61 19 50 96

أخصائي أمراض القلب و الشرايين

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

خريج جامعات باريس

مجاز في الإيكوغرافيا و في أمراض القلب

الخلقية و للطفل

طبيب مساعد سابقا بمستشفيات ضواحي باريس

06/09/2022



611800103060 6

EXFORGE ○

10mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 273,00 DH



611800103060 6

EXFORGE ○

10mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 273,00 DH



611800103060 6

EXFORGE ○

10mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 273,00 DH

GSM : +212 6 61 19 50 96 : المحمول

E-mail : thamiakesbi@gmail.com

+ 212 8 08 50 77 03 عمارة التاج فاس الهاتف شارع الجيش الملكي زنقة الشريف الراضي

AV. des FAR - Rue Charif Radi Imm Taj FES - Tel + 212 8 08 50 77 03