

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

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

Déclaration de Maladie

M23-000245



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1735 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ANRANI Benchaab

Date de naissance : 09/10/61/1951

Adresse : 137, Lot Haj Fateh n°5 oufia

Tél. : 06.66.19.86.86 Total des frais engagés : 1.000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Hamza BENNOUNA
Cardiologue
Bd. Abdelmoumen, 1er rue Abdelmalk
CASABLANCA
Tél. 05 22 80 39 39 / 38 38

14 SEP. 2023

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

HTA

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 : Casa.

Le : 08/11/2023

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

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- 0000245

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 : 1735

Nom de l'adhérent(e) : ANRANI Benchaab

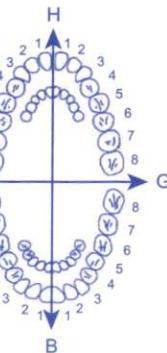
Total des frais engagés : 1.000 Dhs

Date de dépôt : Le 08/11/2023

RELEVE 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
14 SEP. 2023	Q-EST -		300 DHS	DR BEN YOUNA Tunisie, Avenue Abdellatif CASABLANCA 39391 3839

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																																																																																													
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																									Nature des Soins <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																									Coefficient <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																									COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>	
MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>																																																																																																																													
DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>																																																																																																																													
FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>																																																																																																																													
ODF PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">H</td><td style="text-align: center;">G</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">25533412</td><td style="text-align: center;">21433552</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">B</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">11433553</td></tr> </table>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																									COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>																																																																						
		H	G																																																																																																																										
		25533412	21433552																																																																																																																										
		00000000	00000000																																																																																																																										
		D	B																																																																																																																										
		00000000	00000000																																																																																																																										
		35533411	11433553																																																																																																																										
MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>																																																																																																																													
DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>																																																																																																																													
DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>																																																																																																																													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																																																																																																													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																																																																																																													

الدكتور حمزة بنونة

Docteur Hamza BENNOUNA

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy

Spécialistes et Pathologie Cardiaque
et Vasculaire (Nancy)

Ancien Interne et Attaché des Hôpitaux de Nancy

Diplômé en Echographie et doppler Cardiaque
et Vasculaire (Nancy)

Capacité d'Aide Médicale Urgente (Nancy)

Capacité de Médecine de Catastrophe (Nancy)

خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طبيب سابق بمستشفيات نانسي

خريج في الفحص الآلي للقلب والشرايين (نانسي)

خريج في طب المستعجلات بنانسي

Dr Hamza BENNOUNA

الدكتور حمزة بنونة

2770X2 Casablanca, le : 14 SEP 2023

5740

8220X3=24800

55

13360X3

Dr BENNOUNA 600

400980

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Cardiospirine 100 mg/30cps
de acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

6 118001 090280

PPV: 820970
PER: 03/26
LOT: M758

PPV 820970
PER 04/26
LOT M1559

133,60

LOT M1983
PER 06/26
PPV 820970

133,60

LOT 1000000
PER 01/2020

133,60

LOT 1000000
PER 01/2020

05 22 86 38 38 - 05 22 86 39 39 - الدار البيضاء - الهاتف : زاوية هشام، شارع عبد الصومن وزنقة عبد المالك أبيهرون

Résidence Hicham, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Abdelmalek Abou Marouane - CASABLANCA

Tél. : 05 22 86 39 39 - 05 22 86 38 38 - Urgences : 06 61 16 96 78 - E-mail : bennounahamza@yahoo.fr

الدكتور حمزة بنونة

خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طبيب سابق بمستشفيات نانسي

خريج في الفحص الآلي للقلب والشرايين (نانسي)

خريج في طب المستعجلات بنانسي

Docteur Hamza BENNOUNA

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy

Spécialistes et Pathologie Cardiaque
et Vasculaire (Nancy)

Ancien Interne et Attaché des Hôpitaux de Nancy

Diplômé en Echographie et doppler Cardiaque
et Vasculaire (Nancy)

Capacité d'Aide Médicale Urgente (Nancy)

Capacité de Médecine de Catastrophe (Nancy)

ELECTROCARDIOGRAMME

Nom : AMRANI

Prénom : لطفى

Date de naissance : ٢٢

Age : ٣٥

Date d'examen : 14 SEP. 2023

Heure : ١٥:٤٤

Motif d'examen : HTA

Traitements :

Conclusions :

لطفى بنونة

Dr. Hamza BENNOUNA

Cardiologue

اقامة هشام بن عبد الله شارع زنقة عبد المالك ابومروان - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 39 39

Résidence Hicham, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Abdelmalek Abdellah 1030 CASABLANCA

Téléphone : 05 22 86 39 39 - Urgences : 06 61 16 96 78 - Fax : 05 22 86 38 38

FC 85
PR 181
QRSD 93
QT 340
QTc 404

-- Axe --
P 38
QRS -54
T 17

