

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 canaux, 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 canaux.

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 Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'I
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

M23-009723

193901
☒ Autres

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 597 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve NAHAS 397
Nom & Prénom : BOUNACEUR ZOHRA
Date de naissance : 1945
Adresse : 102, Lot. Mandarina. Sidi Maarouf
CASABLANCA
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. Chadia BENCHEQROUN
63, Bd. d'Anfa, Angle Rue Washington - Casablanca
Tel/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71
Date de consultation : 06/11/2013
Nom et prénom du malade : BOUNACEUR ZOHRA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HSA HYPERTENSION
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 : Le : / /

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
6/11/2013	G	300	20	<p>الدكتورة شادية بركات</p> <p>CARDIOLOGUE</p> <p>63, Bd d'Ange - Angle Rue Washington - Casablanca</p> <p>Tel/Fax : 0372 2993 49 / 0372 2993 49</p>
	de l'ell			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Pharmacie EL MAWLI Angle Rue Moukati et Abdou Hassan Saghi Madrat Extension Casa - Tél: 0522 23 17 1</p>	6/12/23	1250,70

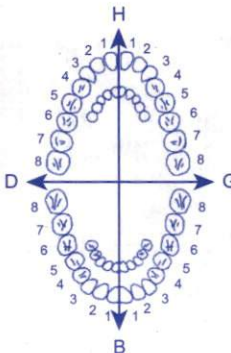
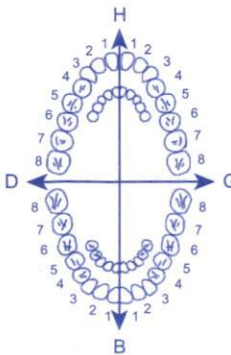
[illegible][illegible]

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES
Dr Chadia BENCHEQROUN
Cardiologue

Ancienne externe des hôpitaux de Paris
Ancienne interne des hôpitaux de Bordeaux
Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux
CES des maladies du cœur et vaisseaux
Diplômée d'écho-doppler cardiaque et vasculaire
Membre de la Société Française de Cardiologie
Filiale Pédiatrique et Filiale d'Echocardiographie

CASABLANCA, LE 06 DECEMBRE 2023

MADAME BOUNACER NAHAS ZOHRA

1/ CO-TAREG 160 MG/12,5 MG
1 CP/J LE MATIN.

2/- KARDEGIC 75 MG
1 S/J LE MIDI.

3/- TAHOR 10 MG
1CP/J LE SOIR.

TRAITEMENT DE QUATRE MOIS

LOT : 23E008
PER: 04/2025
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

LOT : 23E008
PER: 04/2025
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

LOT : 23E008
PER: 04/2025
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

LOT : 23E008
PER: 04/2025
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

3, Boulevard d'Anfa, Angle Rue Washington – C
Tél/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71

البكتورية شادية بنشقر
Dr. Chadia BENCHEQROUN
CARDIOLOGUE
63, Bd. d'Anfa, Angle Rue Washington - Casablanca
Tél/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71
N° INP : 091 021 865

PPV : 203.00 DH
28 comprimés pelliculés
COTAREG 160/12.5 mg
6 118001 030521

6 118001 030521
COTAREG 160/12.5 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 203.00 DH

6 118001 030521
COTAREG 160/12.5 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 203.00 DH

6 118001 030521
COTAREG 160/12.5 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 203.00 DH

EXP : 05/2025 P.P.V
LOT N° : HC5700 79,00

EXP : 05/2025 P.P.V
LOT N° : HC5700 79,00

EXP : 05/2025 P.P.V
LOT N° : HC5700 79,00

EXP : 05/2025 P.P.V
LOT N° : HC5700 79,00

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Dr BENCHEQROUN Chadia

Cardiologue

NOM : NAHAS
PRENOM : ZOHRA
AGE : 76 ANS
DATE : 06/12/2023

COMPTE-RENDU D'ELECTROCARDIOGRAMME

- Rythme cardiaque sinusal à 58 B/mn.
- Espace PR normal.
- Axe de QRS à + 31 degrés.
- Bloc de branche incomplet droit.
- Ondes T négatives en DIII.
- Pas d'hypertrophie ventriculaire gauche.
- Pas d'extrasystole ventriculaire.

الدكتورة شادية بنشقر
Dr. Chadia BENCHEQROUN
CARDIOLOGUE
63, Bd. d'Anfa, Angle Rue Washington - Casablanca
Tél/Fax : 0522 29 33 46 / 0522 29 41 71
N° INP : 091 021 865