

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



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

Déclaration de Maladie

M23- N° 0031000

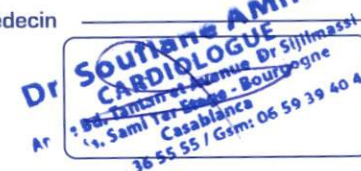
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3303 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENCHERKOUN RACHID
 Date de naissance : 11/11/61
 Adresse : 194203
 Tél. : 06 61 14 76 03 Total des frais engagés : 2739,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/02/24
 Nom et prénom du malade : Bencherkoun Rachid Age : 62
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Maladie chronique / HTA
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 09 FEB. 2024


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 : 29/02/2024
 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 08/02/24 | C | | 300,00 |  Soufiane AMINE CARDIOLOGUE 1, Taguine Avenue El Salamassi 5 km de Casablanca - Bourgogne 33 55 55 / Gsm: 06 59 39 40 40 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  PHARMACIE ANDALOUSSI ABBAD EL ANDALOUSSI Mohamed 19, Avenue Driss Slaoui Lot Val d'Or Casablanca - Tel: 0522 39 93 41 Fax: 001875041003036 | 08/02/24 | 1639,20 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
|  Soufiane AMINE CARDIOLOGUE 1, Taguine Avenue El Salamassi 5 km de Casablanca - Bourgogne 33 55 55 / Gsm: 06 59 39 40 40 | 08/02/24 | ECHE | 800,00 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

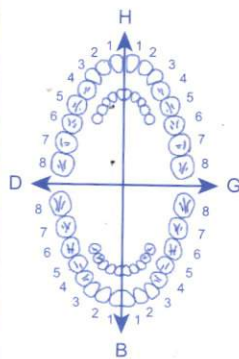
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

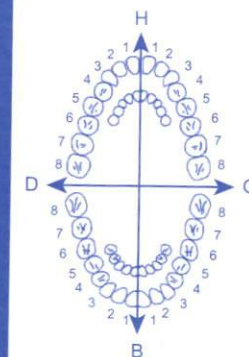
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|----------------|------------------|-------------|--|
|  | | | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| G | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



| | |
|--|--|
| | 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

Dr. AMINE Soufiane
Spécialiste en cardiologie
Maladies du cœur et des vaisseaux



الدكتور أمين سفيان
اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

Casablanca 08/02/2024

Mr BENCHEKROUN Rachid

EXFORGE 10/160 MG

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

FLUDEX LP 1.5 MG

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

CARDIOASPIRINE 100 MG

1 comprimé a midi apres manger, pendant 3 mois

LDNOR 20 MG

1 comprimé le soir, pendant 3 mois

CARDENSIEL 1.25 MG

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

RÉGIME PEU SALÉ

PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE, 07/05/2024 A 11H POUR CONSULTATION



6 118001 100842
Cardensiel® 1,25 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 77,80 DH



6 118001 100842
Cardensiel® 1,25 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 77,80 DH



6 118001 100842
Cardensiel® 1,25 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 77,80 DH

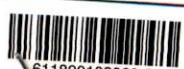
PHARMACIE CLINIQUE
ANDALOUSS
ABD EL ANDALOUSSI Mohamed
19, Avenue Driss Slaoui Lot 14
Casablanca - Tél: 0522 39 79 41
ICE: 001875041000036



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

Dr. Soufiane AMINE
CARDIOLOGUE
Angle Bd. Tantan et Avenue Dr Sijilmassi
Rés. Sami 1er Etage / Bourgogne
Casablanca
Tél: 0522 36 55 55 - Fax: 06 59 39 40 40

LOT : 231513
EXP : 10/2026
PPV : 99,00DH

LOT : 231513
EXP : 10/2026
PPV : 99,00DH

LOT : 231513
EXP : 10/2026
PPV : 99,00DH

Levard Dr Mohamed sijilmassi (ex B ddu phare) et bd tantan, Residence SAMI 1^{er} étage, Bourgogne - Casablanca

Tel : 0522365555/urgences : 0659394040

زاوية شارع طاططان وشارع الدكتور السجلماسي شارع المنار سابقا إقامة سامي بوركون الدار البيضاء



Mr BENCHEKROUN Rachid

Note d'honoraire : 2024/078

Date: 08/02/2024

| Actes | Montant |
|-----------------------|----------|
| Consultation+ECG | 300,00 |
| Echographie cardiaque | 800,00 |
| Total : | 1 100,00 |

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de : **MILLE CENT DIRHAMS**

Dr Soufiane AMINE
CARDIOLOGUE
An. : 4 Bd. Tancha Avenue Dr Sijilmassi
rés. Sami 1er étage Bourgogne
Casablanca
12 36 55 55 / Sam: 05 59 39 40 40

Dr. AMINE Soufiane

Spécialiste en cardiologie

Maladies du cœur et des vaisseaux



الدكتور أمين سفيان
اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

Casablanca, le 08/02/2024

Echodoppler cardiaque couleur

Mr BENCHEKROUN Rachid

Examen

Cavités cardiaques de taille normale libres de thrombus et de contraste spontané

Cinétique segmentaire et globale homogène

Bonne Fonction systolique du VD et du Vg FeVG=63% au Tz

Valve mitrale fine, d'ouverture correcte

Pressions de remplissage normales

Valve aortique tricuspe; LAo=0

VCI fine, compliant

Péricarde sec

Conclusion

Echographie doppler cardiaque dans les bonnes limites de la normale

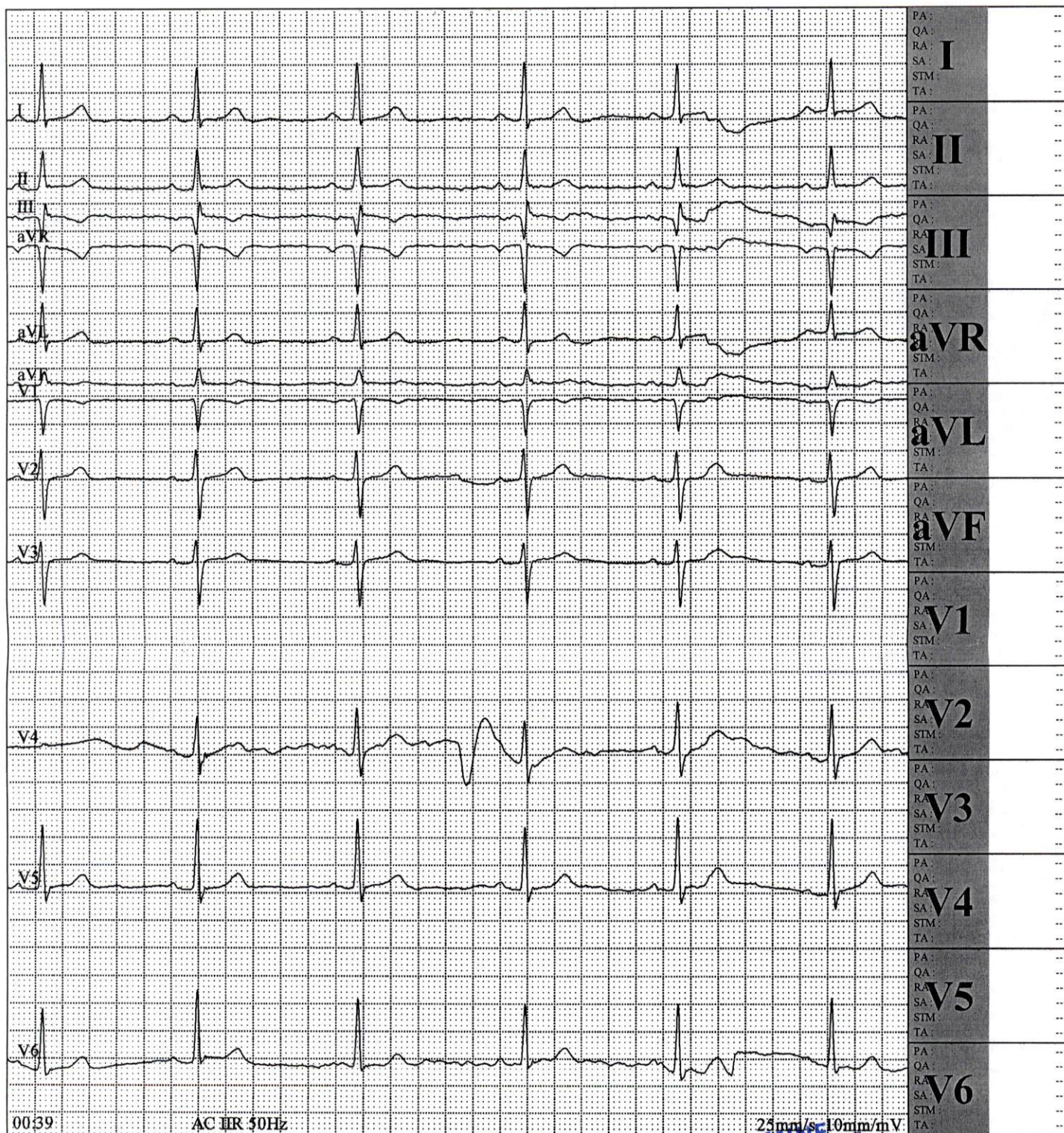
FeVG=63% au Tz

Dr. Soufiane AMINE
CARDIOLOGUE
Au : 84, Tahar et Karam Dr. Sijilmassi
265, Sami Tel Bourgogne
22 36 55 55 / Gsm 06 59 39 40 40

Name: **benchekroun rachid**

ECG

Sex : Age : Clinic No. : Section :
 SN : 0007109 Case No. : Bed No. : Date: 08/02/2024



0039

AC HR 50Hz

25mm/s 10mm/mV

| | | | |
|---------------|--------|---------------|----|
| Frequency: | 1000Hz | PR Interval: | -- |
| Sample Time: | 51s | QT Interval: | -- |
| HR: | -- | QTc Interval: | -- |
| P Interval: | -- | P Axis: | -- |
| QRS Interval: | -- | QRS Axis: | -- |
| T Interval: | -- | T Axis: | -- |

Prompt:

Dr. Soufiane AMINE
 CARDIOLOGUE
 Angle Bd. Tantan et Avenue Dr. Sijdmassi
 Rés. Semi-1er Etage Boudgogne
 Casablanca
 Tél: 0522 36 55 55 / Gsm: 06 59 39 40 40

Physician Signature: