

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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

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

ND: 36453

Déclaration de Maladie : N° P19-0011442

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02520 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AMADOU MOSTAPHA Date de naissance : 20/09/1954
 Adresse : 62 RUE IBRAHIM NAFIS APP 8 MAARIF
 Tél. : 0678588384 Total des frais engagés : (3004847.40) Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/08/2020
 Nom et prénom du malade : M. AMADOU MOSTAPHA Age : 65 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA - Arteriosclérose

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

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

Le : 12 Août 2020

[Stamp: MUPRAS, 12 AOÛT 2020]

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
11/08/2020	OS	hell	3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/08/2020	847,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

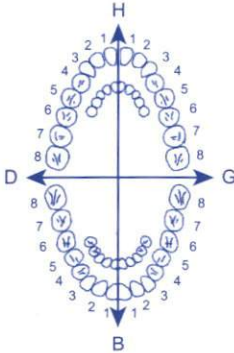
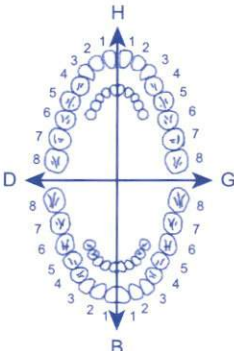
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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

49,40

49,40

49,40

M. Krayan et ANADOU RACHIDA 11/08/2020

49.20 x 3 1. PRELAR 100MG — 1, 3700

191, b Meh.

49.40 x 3 4 - ANEP 5MG — 1, 3700

se 1, 6 Meh.

30.60 x 3

31 - ESIDREK 25MG — 1, 3700

1/2 1, 6 Meh.

64.10 x 2

AXIMYCE 40 — 1, 3700

se 0 21 (Meh)

AXIMYCE® 14 comprimés dispersibles

PPV 64DH10

LOT 99043 6
EXP 11/2021

AXIMYCE® 14 comprimés dispersibles

PPV 64DH10

LOT 99043 1
EXP 10/2021

1 - DOGPARME 50MG — 1, 3700

15.80 x 2

847,40

63, Boulevard d'Anfa, Angle Rue Washington – casablanca

Tél/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71

الدكتورة شادية بنشقر
Dr. Chadia BENCHEQROUN
CARDIOLOGUE
 63, Bd d'Anfa, Angle Rue Washington - Casablanca
 Tél/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES
Dr BENCHEQROUN Chadia
Cardiologue

NOM : KHAYAR AMADOU
PRENOM : RACHIDA
AGE : 56 ANS
DATE : 11/08/2020

COMPTE-RENDU D'ELECTROCARDIOGRAMME

- Rythme cardiaque sinusal à 67 B/mn.
- Espace PR normal.
- Axe de QRS à + 6 degrés.
- Pas de trouble de la repolarisation.
- Pas d'hypertrophie ventriculaire gauche.
- Pas d'extrasystole.

CONCLUSION : - TRACE NORMAL.


الدكتورة بنشقرتون شادية
Dr. BENCHEQROUN Chadia
CARDIOLOGUE
63, Bd d'Alger, 10000, Rue Washington, Casablanca
Tél/Fax : 05 22 29 33 49 / 05 22 29 41 71

68/min 10 mm/mV

Ma 11-AOU-20 11:50:36



25 mm/s

0.05-35Hz F50

DR BENCHEGROUN Chadia

AT-102 1.37 Mm

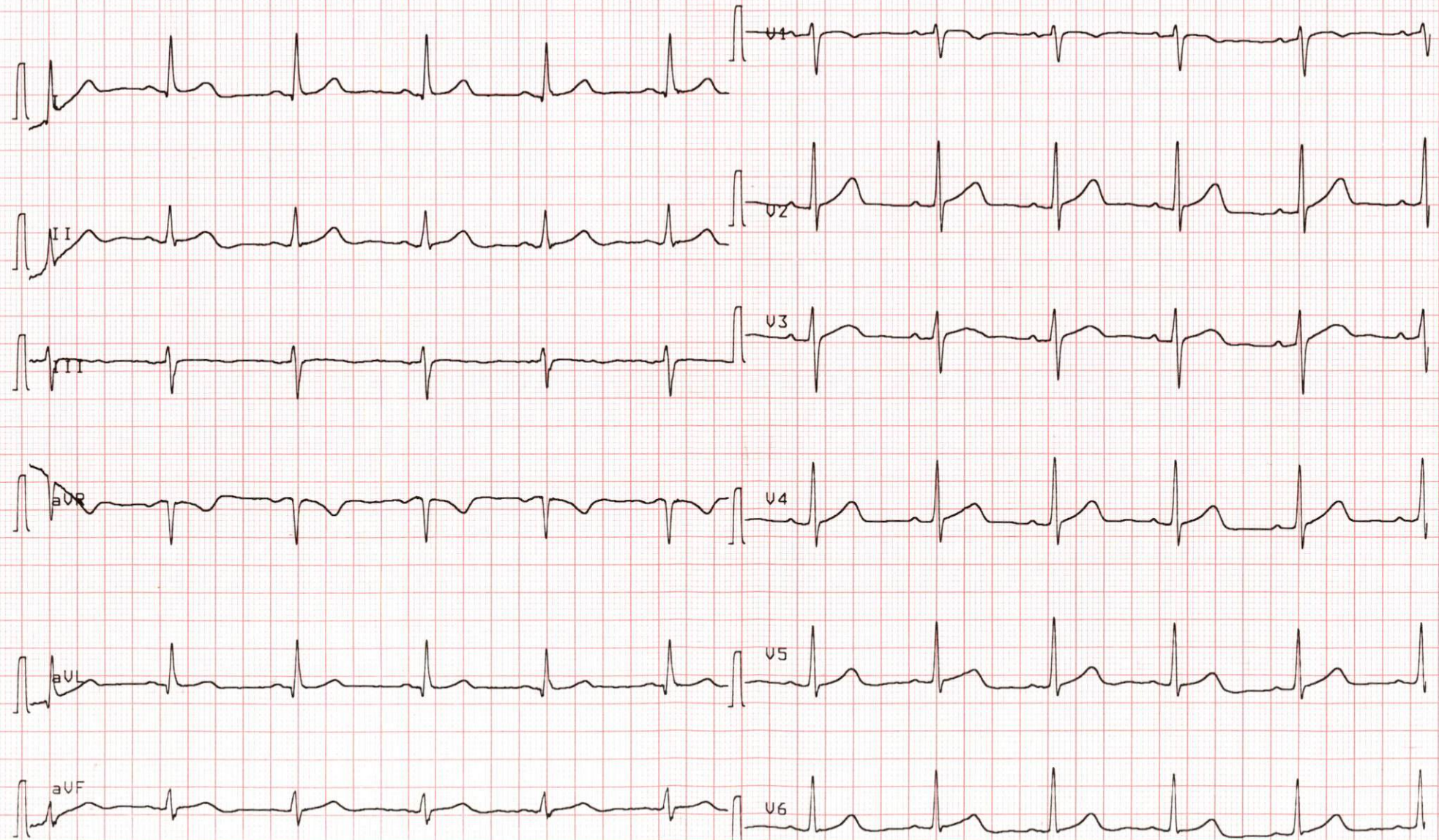
.....

 M / F
 Age:
 cm / kg

FC: 67/min Axes:
 P 0 °
 Intervalles: QRS 6 °
 T 29 °
 RR 894 ms
 P 124 ms
 PQ 154 ms P (II) 0.06 mV
 QRS 88 ms S (V1) -0.60 mV
 QT 412 ms R (V5) 1.25 mV
 QTC 438 ms Sokol. 1.89 mV

10 mm/mV

10 mm/mV



25 mm/s

0.05-35Hz F50 SSF SBS Ma 11-AOU-20 11:52:15

DR BENCHEQROUN Chadia

AT-102 1.37 Mm