

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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 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

N° P19- 057813

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres **52494**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **3393** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **BEN CHEKROUN RACHID**

Date de naissance : **11/11/61**

Adresse :

Tél. : **06 61 14 76 03** Total des frais engagés : **1901,40**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **22/12/2020**

Nom et prénom du malade : **Ben chekroun Rachid** Age : **59 ans**

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **HTAI maladie Coronaire**

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** Le : **12/12/2020**


Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
22/12/2022	Cs + ECG		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/12/2022	1601,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

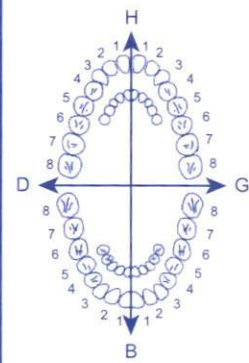
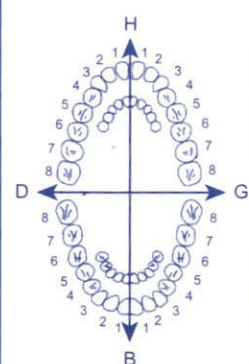
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور أمين سفيان

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طب القلب والأوعية الدموية

ارتفاع ضغط الدم

دبلوم في الفحص القلب بالصدى - فيينا

شهادة فحص الشرايين بالصدى و الدوبلير - باريس

تخطيط القلب

فحص اختبار الجهد

قياس الضغط الدموي بالهولتير

فحص تخطيط القلب بالهولتير

Dr. AMINE Soufiane

Spécialiste en cardiologie

Maladies du cœur et des vaisseaux

Diplômé en Echographie cardiaque - Vienne

Attestation en échodoppler vasculaire - Paris

Cardiologie et explorations cardiovasculaires

Electrocardiogramme

Epreuve d'effort

Holter Tensionnel

Holter Rythmique



Casablanca le : 22/12/2020 : الدار البيضاء في :

Mr BENCHEKROUN Rachid

EXFORGE 10/160

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

LDNOR 20 MG

1 comprimé le soir, pendant 3 mois

CARDIOASPIRINE

1 comprimé à midi apres manger, pendant 3 mois

FLUDEX LP 1.5 MG

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

RÉGIME PEU SALÉ

PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE, 22/03/2021 POUR CONSULTATION

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


Angle boulevard Dr. Mohamed Sijlmassi (ex Bd du Phare) et boulevard Tantan, Résidence SAMI,
1^{er} étage, Bourgogne-Casablanca

Tel : 05 22 36 55 55 / Urgences : 06 59 39 40 40

زاوية شارع طانطان وشارع الدكتور السجلماسي (شارع المنار سابقا)، إقامة سامي، بوركون - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 36 55 55 / مستعجلات: 06 59 39 40 40

أملود
28 قرص
عن طريق

 **NOVARTIS**
PPV : 273,00 DH


أملود
28 قرص
عن طريق

 **NOVARTIS**
PPV : 273,00 DH

68,90

(50 X 20 X 114) mm

28 قرص
عن طريق

 **NOVARTIS**
PPV : 273,00 DH

/ 68,90

(50 X 20 X 114) mm

/ 68,90

(50 X 20 X 114) mm

68,90

(50 X 20 X 114) mm

LOT : 201284
UT AV : 08/2023
PPV : 99,00DH

PPV (DH) :

UT AV :

LOT : 201284
UT AV : 08/2023
PPV : 99,00DH

PPV (DH) :

UT AV :

LOT : 201284
UT AV : 08/2023
PPV : 99,00DH

PPV (DH) :

UT AV :

LOT : 201284
UT AV : 08/2023
PPV : 99,00DH

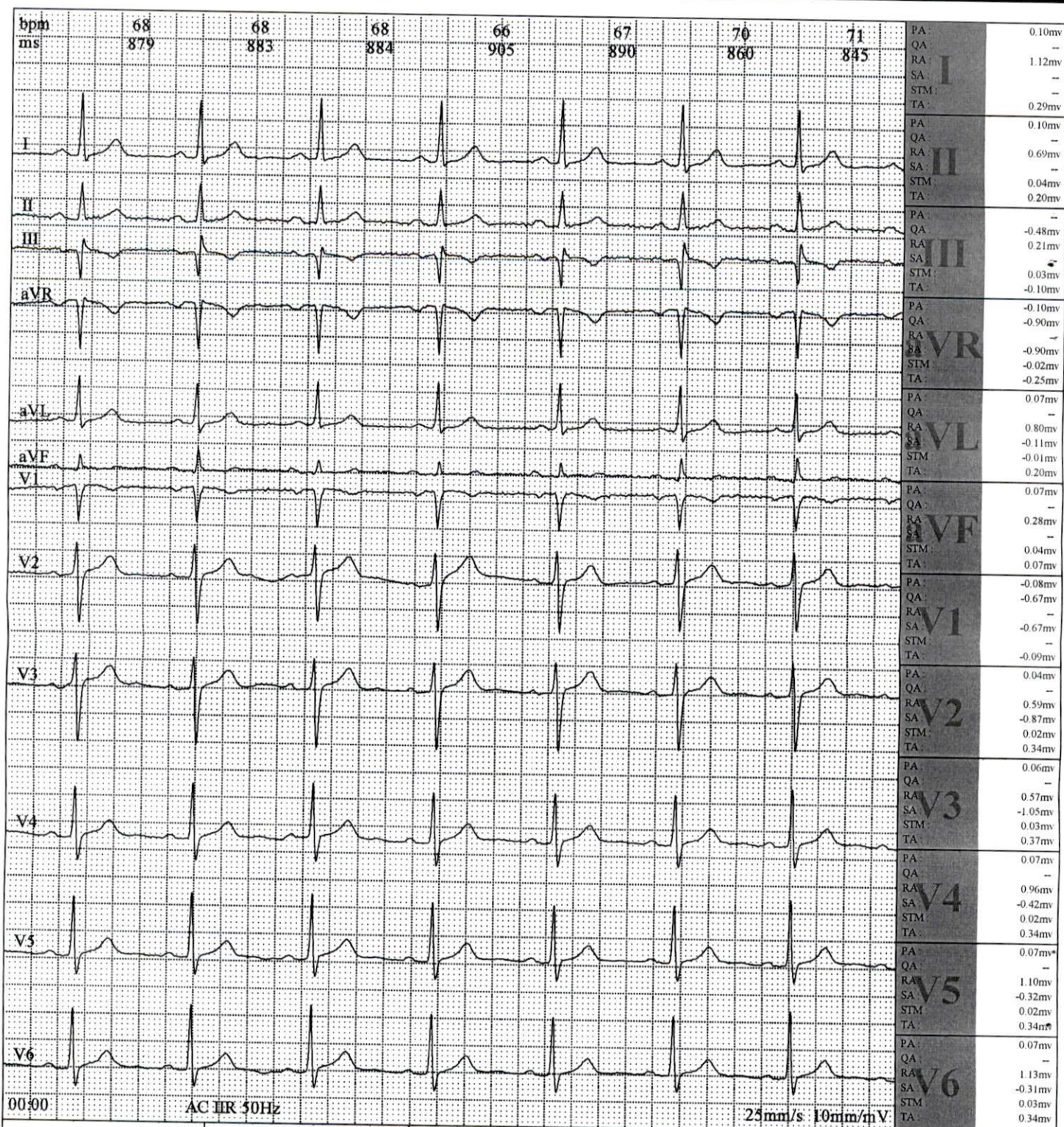
PPV (DH) :

UT AV :

NamBENCHEKROUN RACHID

ECG

Sex : Age : Clinic No. : Section :
SN : 0008059 Case No. : Bed No. : Date 22/12/2020



Frequency: 1000Hz PR Interval: 173 ms
Sample Time: 22s QT Interval: 393 ms
HR: 70bpm QTc Interval: 425 ms
P Interval: 115ms P Axis: 26.00°
QRS Interval: 98 ms QRS Axis: 16.90°
T Interval: 211 ms T Axis: 13.40°

Prompt:
Total Beats 25, Normal Beats 25, SVE 0, VE 0.
in gear Sinus mode Target rate; Longitudinal Left axis deviation;

Dr. Soufiane AMINE
CARDIOLOGUE
Angle Bd. Tanten et Avenue Bd. Sijmassi
Rés. Sami 1er Etage Bourgogne
Casablanca
Tél: 0522 36 55 95 / Gsm: 06 59 39 40 40

Physician Signature: