

# 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** : 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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**

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

**Déclaration de Maladie**

M22- 0010688

*Par  
l'assuré*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2437 Société : R.A.M 145826

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BEN DAOUD EL BERKATI

Date de naissance : 21/07/58

Adresse : Rue 560 N° 1 Tanger

.....Immeuble

Tél. : 666.12.18.80 Total des frais engagés : .....Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/10/19

Nom et prénom du malade : Bekkati Ben Daoud Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
17/11/12	CG		0	Dr. Rattner M.D. Cardiologue Interventionnel
				CARDIOLOGIE
				Rythmologue Interventionnelle

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE TAJ</b> <b>Dr. SULEIMAN TAJ</b> <b>MYT ALI CHARI N° 325 Masdoura</b> <b>TAJ - TAHANE - TAHI : 05 28 33 42 42</b> <b>10051269</b>	17/11/22	859,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Fatima Azzahrae BENAICH

Cardiologue - Rythmologue adulte & pédiatrique

- Electrocardiogramme
- Echocardiographie
- Transthoracique & Transoesophagiennes
- Holter Tensionnel & Rythmique
- Epreuve d'effort



د. فاطمة الزهراء بنعيسى

طبيبة لخاصة في الشرايين ونبضات القلب للأطفال

- تخطيط القلب
- الفحص بالصدى الصوتي للقلب والشرايين
- تسجيل الضغط الدموي وتخطيط القلب
- تخطيط الجهد

إنزكان، في : Inezgane, le : 20/02/2018

Mr BEKKAI BENAOUD

041241670

Dr. Fatima Azzahrae BENAICH  
Cardiologue Interventionnelle  
Rue 3 Mars Hay Hassani, 2ème étage N° 4 Résidence ARGANA, INEZGANE (AGADIR) - Tel : 0528331122 / 0636108951

52.80  
- LD NOR 10mg  
1/2 قپسہ پہلی

1-0-0

52.80  
- Coorsy P 5mg

Dr. Fatima Azzahrae BENAICH  
Cardiologue Interventionnelle  
Rue 3 Mars Hay Hassani, 2ème étage N° 4 Résidence ARGANA, INEZGANE (AGADIR) - Tel : 0528331122 / 0636108951

37.00  
+ biprof 2.5mg

1/2 قپسہ میڈی 0-1-0

22.10  
- ASKardil 75mg

1/2 قپسہ 0-1-0

37.00  
- Vascos 35mg

1/2 قپسہ 1-0-1

16.70  
- Zolore 10mg 1/2 قپسہ

Dr. Fatima Azzahrae BENAICH  
Cardiologue Interventionnelle  
Rue 3 Mars Hay Hassani, 2ème étage N° 4 Résidence ARGANA, INEZGANE (AGADIR) - Tel : 0528331122 / 0636108951

زنة 3 مارس هي حسني، الطاقي الشعاعي، إقامة أركانة، إنزكان (أكادير) - الهاتف : 0528331122 / 0636108951  
Rue 3 Mars Hay Hassani, 2ème étage N° 4 Résidence ARGANA, INEZGANE (AGADIR) - Tel : 0528331122 / 0636108951



LOT 221171  
EXP 04 2026  
PPV 46.70 DH

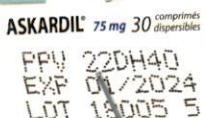


LOT 221170  
EXP 04 2026  
PPV 46.70 DH



92,00

92,00



LOT : 220580  
EXP : 04/2025  
PPV : 57,80DH

LOT : 220579  
EXP : 04/2025  
PPV : 57,80DH

LOT : 211107  
EXP : 06/2024  
PPV : 57,80DH

LOT : 210734  
EXP : 04/2024  
PPV : 57,80DH

LOT : 200994  
UT AV : 06/2023  
PPV : 57,80DH

LOT : 211299  
EXP : 09/2024  
PPV : 57,80DH

LOT N° :

LOT N