

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



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

Déclaration de Maladie


M22- 0046303

159197
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3393 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENCHEKROUN RACHID
Date de naissance : 11/11/1961
Adresse :
Tél : 0661147603 Total des frais engagés : 2143,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 17/04/2013
Nom et prénom du malade : Pr. Benchekroun Age : 61
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA maladie Coronaire
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 : Casablanca Le : 19/04/2013
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
17/04/23	CS + ECG		300,00	<div> <div>Dr Soufiane AKINE</div> <div>CARDIOLOGUE</div> <div>84, Tami et Abdelmalek D.</div> <div>5, Sami 1er étage - Casablanca</div> <div>22 36 55 55 / Gsm: 06 55 22 22 22</div> </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

17/04/2023

1843,70

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

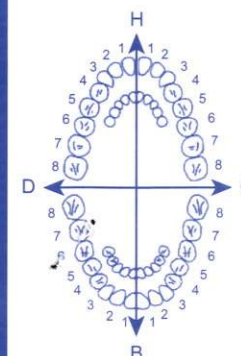
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D G

00000000 00000000

35533411 11433553

B

[Création, remont, adjonction]

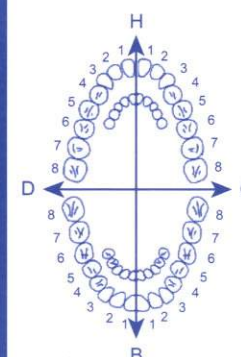
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

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

Dr. AMINE Soufiane

Spécialiste en cardiologie
Maladies du cœur et des vaisseaux



الدكتور أمين سفيان
اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

Casablanca 17/04/2023

Mr BENCHEKROUN Rachid

3 x 273,00
819,00
EXFORGE 10/160 MG

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

3 x 68,90
206,70
FLUDEX LP 1.5 MG

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

4 x 27,70
110,80
CARDIOASPIRINE 100 MG

1 comprimé a midi apres manger, pendant 3 mois

4 x 99,00
396,00
LDNOR 20

1 comprimé le soir, pendant 3 mois

4 x 77,80
311,20
CARDENSIEL 1.25 MG

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

RÉGIME PEU SALÉ

PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE, 11/07/2023 POUR CONSULTATION

PHARMACIE CLINIQUE ANDALOUSS
19, Av. Driss Slaoui-Lot Val d'Anfa
Casablanca - Tél: 05 22 39 75 42

Dr. Soufiane AMINE
CARDIOLOGUE
Angle Ed. Tantan et Avenue Dr. Sijilmassi
Rd. Sami 1er Etage Bourgogne
Casablanca
Tél: 0522 50 55 55 / 0522 50 55 40 40

LOT : 221592
EXP : 12/2025
PPV : 99.00DH

68,90
(50 X 20 X 114) mm

LOT : 221592
EXP : 12/2025
PPV : 99.00DH

LOT : 221592
EXP : 12/2025
PPV : 99.00DH

LOT : 221592
EXP : 12/2025
PPV : 99.00DH

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

7862160237

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

7862160237

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

7862160237

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

7862160237

68,90

(50 X 20 X 114) mm

68,90
(50 X 20 X 114) mm
Cardiaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardiaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardiaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardiaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

حمض أسيتيل ساليسيليك

611800103060 6
EXFORGE
10mg/160mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 273,00 DH

02 2025
BDD5

611800103060 6
EXFORGE
10mg/160mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 273,00 DH

02 2025
BDD5

611800103060 6
EXFORGE
10mg/160mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 273,00 DH

02 2025
BDD5

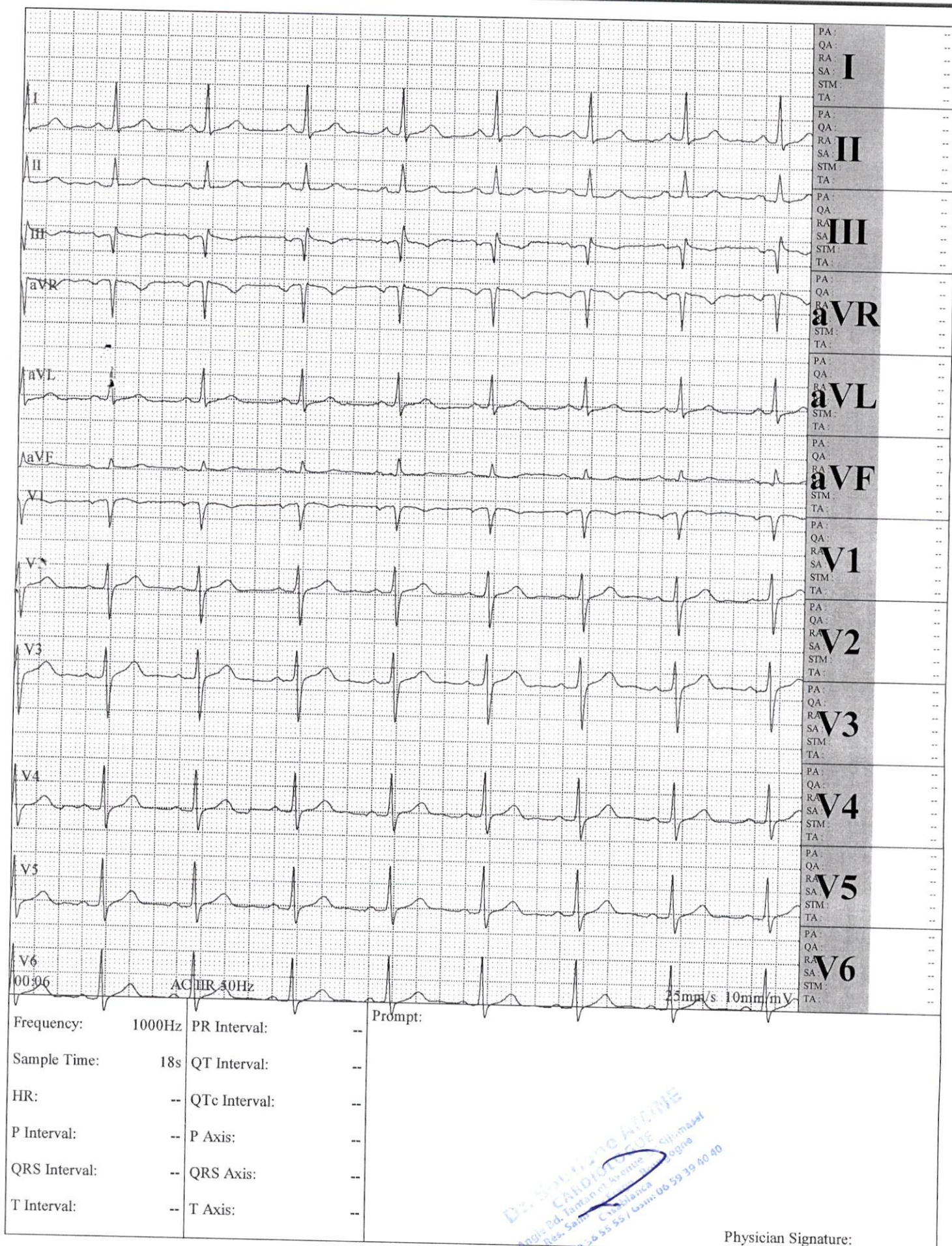
ECG

Name: benchekroun rachid

Sex Male Age 62

SN : 0004770

Clinic No. : Section :
Case No. : Bed No. : Date: 7/04/2023



Physician Signature: