

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- 0048527

16 10 32

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 1198

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENAJAR RACHIDA (Vale RAHNI AHMED)

Date de naissance : 26/13/1958

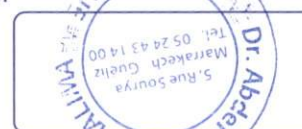
Adresse : LOTNAKHIL 2 N° 1191 TARGA MARRAKCH

Tél. : 06 19 86 96 27

Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/03/2023

Nom et prénom du malade : BENAJAR Rachida

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 :

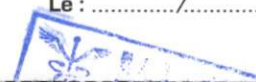
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :

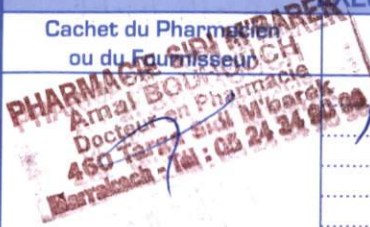


Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
18.03.23	Ce		200 DH	
18.03.23	Ecc		100 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/3/2023	1173,50 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

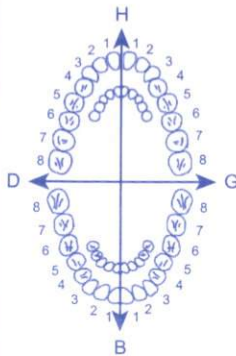
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

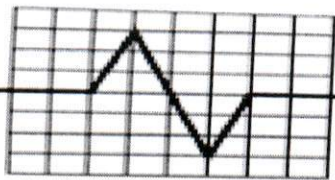
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



الدكتور عبد الإله بنحليمة
DOCTEUR Abdel-ilah BENHALIMA

اختصاصي في أمراض القلب والشرابيين
CARDIOLOGUE

Marrakech le : 18/03/2023

MME BENAJAR RACHIDA

72,00 x 2
1. Détensiel 10 mg - comprimé pelliculé
1/2 Comprimé, matin

185,20 x 4
2. SULIAT 160/5
1 CP LE MATIN

63,30 x 3
3. BALLONYL
2 cp le matin et 2cp le soir pendant 2 mois

98,80
4. Neofortan 160 mg - comprimé effervescent
1 Col NEOFORTAN® 160 mg SI DOULEUR

PPV 98DH80
EXP 10/2025
LOT 2N034 5



DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables
6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables
6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

SULIAT® 160 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 072409

SULIAT® 160 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 072409

SULIAT® 160 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 072409

SULIAT® 160 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 072409

traitement 4 mois + controle



1173,50
Ballonyl®
Charbon activé

Confort intestinal

60 gélules
Voie orale



Ballonyl®
Charbon activé

Confort intestinal

60 gélules
Voie orale



Ballonyl®
Charbon activé

Confort intestinal

60 gélules
Voie orale



vous le à
5 rue Sourya Imm RACHADI Gueliz MARRAKECH
Tél 05.24.43.14.00 Fax 05.24.43.76.31

185,20

185,20

185,20

BENAJAR Rachida

N° patient

Date de naissance 26/03/1958 (64 Y.)

Sexe Unknown

ECG de repos Évaluation du sam. 18/03/2023 09:44

Données examen

QRS (ms)	107
P (ms)	120
PQ (ms)	155
QT (ms)	378
QTc B. (ms)	436 (111%)
QTc disp. (ms)	39
Axe QRS	29°
FC	80
RR moy (ms)	750

Rapport non confirmé

rythme sinusal-cardiaque normal

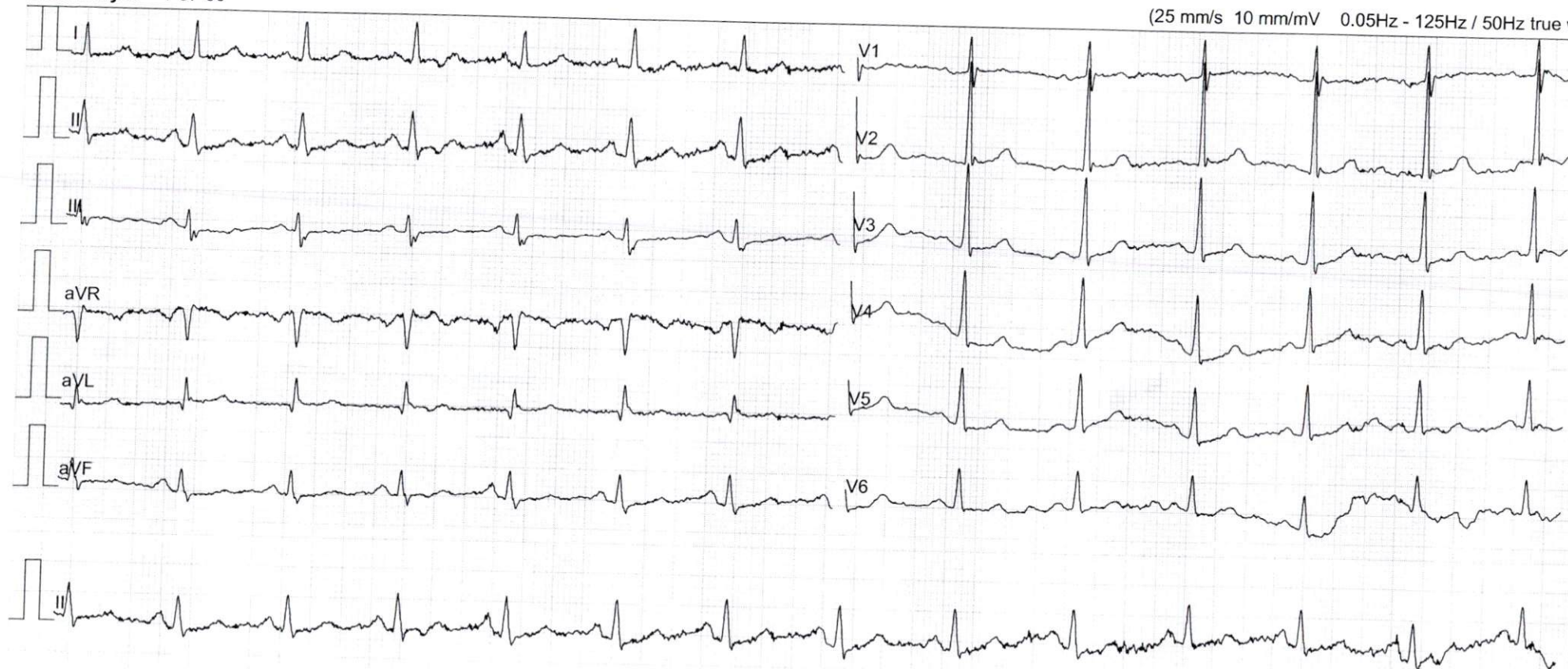
type gauche

ECG normal



ECG analysé FC: 80

(25 mm/s 10 mm/mV 0.05Hz - 125Hz / 50Hz true wave®)



Docteur Abdel-ilah BENHALIMA

CARDIOLOGUE

Spécialiste Diplômé de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Echographie doppler cardiaque et vasculaire

ECG de repos et d'effort

Holter tensionnel et rythmique

ICE : 001659400000015

Marrakech le 18/03/2023

FACTURE

Mme BENAJAR Rachida

Consultation
ECG

200 DH
100 DH

TOTAL=
acquittée en espèce

300 DH

arrêtée la présente facture à la somme de trois cent dirhams

Signé : Dr BENHALIMA



5 rue Sourya Imm RACHADI Gueliz MARRAKECH

Tél 05,24.43.14.00 Fax 05,24.43.76.31

Identification Fiscale 69101772 Patente N° 45104983