

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 canaux, 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 canaux.

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° W21-791751

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10356 Société : RATI

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FERRIACHI - RACHID

Date de naissance : 30/06/65

Adresse : LOT F2204 BIR 289 APP 1 OULFA

Tél. : 06 70012080 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : ALD ALD ALD

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 : 11/01/2023

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
15-05-23	C5		350,00	INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

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 :

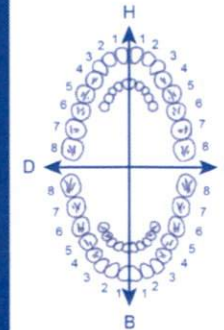
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP : 
COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		

[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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 67 039 / 2023 du 15/05/2023

Nom patient : **ERRIAICHI RACHID**

Entrée 15/05/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 15/05/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION AVEC ELECTROCARDIOGRAMME (E	1,00		350,00	350,00
			Sous-Total	350,00
Total Frais Clinique				350,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total 350,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						350,00

Hopital Universitaire Internationale
Cheikh Khalifa
Consultation Cardiologie

P. Mergouk

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

Enrichi

748,00 x 3

DEliquis 5mg

84,20 x 5 1cp x 2/h

2) Candu 25g

56,80 x 2 1cp x 2h

3) Aldocine 50g 1/2 cp

57,80 x 2

4) LORVOR 10g 1cp

164,70 x 3

5) Triplexem 10/25/50

3388,30

Eliquis® 5 mg
60 comprimés pelliculés
ELIQUIS 5MG 60 CPS
P.P.V : 748DH00

Eliquis® 5 mg
ELIQUIS 5MG 60 CPS
P.P.V : 748DH00

Eliquis® 5 mg
ELIQUIS 5MG 60 CPS
P.P.V : 748DH00

LOT : 113
PER : FEB 2026
PPV : 84 DH 20

PER : NOV 2025
PPV : 84 DH 20

PER : NOV 2025
PPV : 84 DH 20

LOT : 395
PER : AUT 2025
PPV : 84 DH 20

ALDACTONE 50°mg

P.P.V : 56,80 DH

ALDACTONE 50°mg

P.P.V : 56,80 DH

6 118001 170029

LOT : 230053
EXP : 01/2026
PPV : 57,80DH

LOT : 230055
EXP : 01/2026
PPV : 57,80DH

Adresse : Boulevard Mohamed T
Tél : +212 5

6 118001 130313
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/5 mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 164,70 Dh
Servier Maroc - Casablanca

6 118001 130313
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/5 mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 164,70 Dh
Servier Maroc - Casablanca

6 118001 130313
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/5 mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 164,70 Dh
Servier Maroc - Casablanca

ERRIAICHI Rachid

Id : _____

15/05/2023 13:49:12

Indéfini --- (---) Indéfini

Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

Méd. :

Technicien :

Commentaires :

FC: 64 bpm

PR: --- ms

QRS: 110 ms

QT/QTcH: 418/425 ms

QTcB: 432 ms

QTcF: 427 ms

Rv5-v6/Sv1 : 0.53/1.29 mV

Sok-Lyon : 1.82 mV

Axe: ---/-61/67 °

Fibrillation auriculaire

--- Interprétation effectuée sans connaître l'âge/sexe du patient ---

Déviations axiales marquées

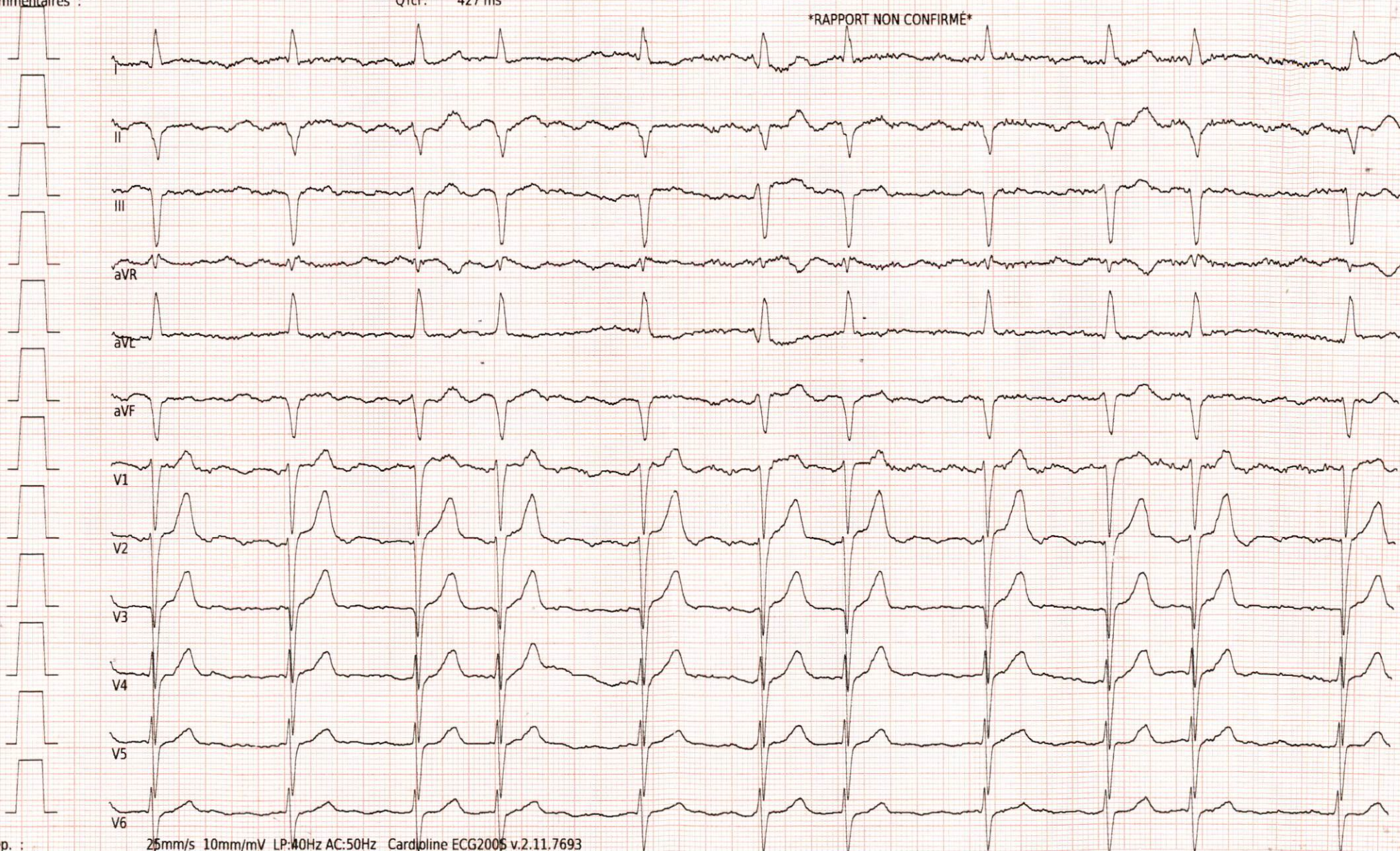
Infarctus inférieur - Âge indéterminé

Infarctus antérieur - Âge indéterminé

ECG anormal

177/106

RAPPORT NON CONFIRMÉ



Dép. :

25mm/s 10mm/mV LP:40Hz AC:50Hz Cardioline ECG2005 v.2.11.7693