

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

M23-004610

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

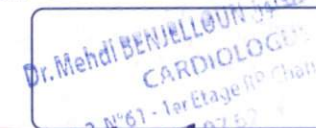
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2932 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : AMCHIAA Houria
 Date de naissance : 15.04.1955 A CASABLANCA
 Adresse : 89 EL ALIAI Rue G HAY EL OULFA CASABLANCA
 Tél. : 0664662230 Total des frais engagés 925,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18.09.2023
 Nom et prénom du malade : AMCHIAA Houria Age : 1958
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HDA
 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 : 18/09/2023
 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
15/09/23	EKG ECG		20000 10000	 Mehdi BENELKHAL CARDIOLOGUE N° 2 N° 61 - 14/09/2023 Tél: 05 22 91 07 69 INPE: 91

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Mehdi BENELKHAL Pharmacien Tél: 05 22 91 07 69	15/09/2023	625.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

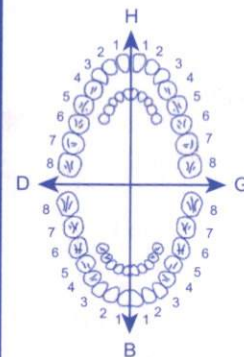
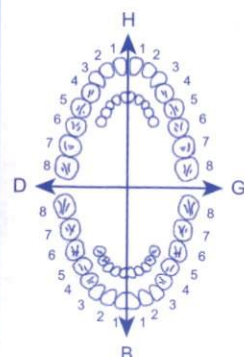
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, 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  <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H														
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
				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

Dr. Mehdi BENJELLOUN

Spécialiste des Maladies
du cœur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
و الشرايين

Casablanca, le : 18/09/2023

AMCHIAA Houria

92,00

COVERSYL 5 MG

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

270,00

CO PLAVIX 75/100

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

89,70 x 2

CORDARONE

1/2 comprimé le matin 5J/7, pendant 3 mois

49,40

AMEP 5

1 comprimé le soir, pendant 3 mois

34,60

LASILIX 40

1 comprimé le matin, pendant 10 jours

625,40

Dr. Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE

Rue 2, N° 61 - 1er Etage - RP chhdia - EL Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 91 07 62 - 0604.72.39.14

LABORATOIRE ORBIO
199 Bd Oum Rabii Oulfa
Casablanca
05 22 90 90 44

Reçu



Mme Houria MEDHIEP MCHIAA

2303142030

Né(e) le : 15-02-1958

Saisie: IDOULAHIAN Fatima / 14-03-2023 10:46

URGENT/MAIN PROPRE//

FACTURATION:

Total : 4505.59

Payé : 1505.6

Reste : 0

DH

DH

DH

MVPRDS

- rendu de résultat en mains propres sur présentation de ce reçu. Peut être envoyé par mail sécurisé à votre demande et après paiement complet de la facture. Nous n'envoyons pas votre résultat pas whatsapp (non sécurisé).
- Votre laboratoire respecte la tarification réglementaire et n'accepte pas les demandes de surfacturation.
- Nous ne changeons pas la date de la prestation, merci de respecter le délai de dépôt de dossiers auprès de votre organisme payeur

92100

49140

89170

0 mg/2 ml

Importance de cette notice :
Lisez attentivement les informations importantes sur les médicaments que vous avez reçus, si vous avez besoin d'informations supplémentaires, consultez votre pharmacien.

LOT : 22E020
PER : 11/2025

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

ANOFI

6 118000 060468

clopidogrel/acetylsalicylic

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
Clopidogrel 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH

6 118001 082018

PPV 89DH70
LOT 2E004
PER 11/2025

89100