

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-602015



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

2579

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

BENAISSA Ahmed

Date de naissance :

01.04.1943

Adresse :

halstelle

Télé. :

06 71 92 70 04

Total des frais engagés :

4.116,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

te : 181 421 2023

Autres CADD N° : A 215/2019

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
11/12/2023	Consultation	1	16000	INP : 24026807 Dr. MAURETTE
13/12/2023	Consultation	1	16000	INP : 24026807 Dr. MAURETTE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Clinique Pharmacie
532, Bd du Général de Gaulle
Tél. ou du Fournisseur
93 Lot Bouchra Route 1000
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél: 052 321929

Date

13/12/2023

Montant de la Facture
Pharmacie Morsad
50
93, Lot Bouchra Route 1100
Sidi Maârouf - Casablanca
Pharamacie Morsad
93, lot Bouchra Route 1100
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél : 0524 1329

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																		
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	INP : <input type="text"/>														
				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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	G																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	<hr/>																	
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		



ORDONNANCE

137A212023
f

Mr. Benissa Hm.

74,800 x 4

2 - Eliquis mg

S. V

1 - 0 - 1

98,90 x 5

2 - Amlopid mg

S. V

140,00 x 2 1 - 0 - 0

Pharmacie Morsad
93, Lot. Bouchra Route 1100
Sidi Maârouf-Casablanca
Tél: 0522 32 19 29

3 - Zedus 20

S. V

T = 3766,50

DE TAOUIFI LOUAFIAB
Cardiologie Interventionnelle
Gdm et Diabète
INPE : 911 0807
Tél: 0661 03 44

Pharmacie Morsad
93, Lot. Bouchra Route 1100
Sidi Maârouf-Casablanca
Tél: 0522 32 19 29

T = 3766,50

Pharmacie Morsad
93, Lot. Bouchra Route 1100
Sidi Maârouf-Casablanca
Tél: 0522 32 19 29

Pharmacie Morsad
93, Lot. Bouchra Route 1100
Sidi Maârouf-Casablanca
Tél: 0522 32 19 29

mail to: ofc

Eliquis® 5 mg
60 comprimés pelliculés
ELIQUIS 5MG 60 CPS
P.P.V : 748DH00
6 118001 171255

Eliquis® 5 mg
60 comprimés pelliculés
ELIQUIS 5MG 60 CPS
P.P.V : 748DH00
6 118001 171255

Eliquis® 5 mg
60 comprimés pelliculés
ELIQUIS 5MG 60 CPS
P.P.V : 748DH00
6 118001 171255

Eliquis® 5 mg
60 comprimés pelliculés
ELIQUIS 5MG 60 CPS
P.P.V : 748DH00
6 118001 171255

Eliquis® 5 mg
60 comprimés pelliculés
ELIQUIS 5MG 60 CPS
P.P.V : 748DH00
6 118001 171255

UT.AV : 03 26 /
LOT N° : HLO-0-27 /
P.P.V. : 9 8 9 0 /

UT.AV : 03 26 /
LOT N° : HLO 0827 /
P.P.V. : 9 8 9 0 /

UT.AV : 03 26 /
LOT N° : HLO 2498 /
P.P.V. : 9 8 9 0 /

UT.AV : 03 26 /
LOT N° : HLO 0827 /
P.P.V. : 9 8 9 0 /

UT.AV : 03 26 /
LOT N° : HLO 0827 /
P.P.V. : 9 8 9 0 /

4116/
374 35.
LOT: 220833
PER: 11-2024
P.P.V.: 40,00DH

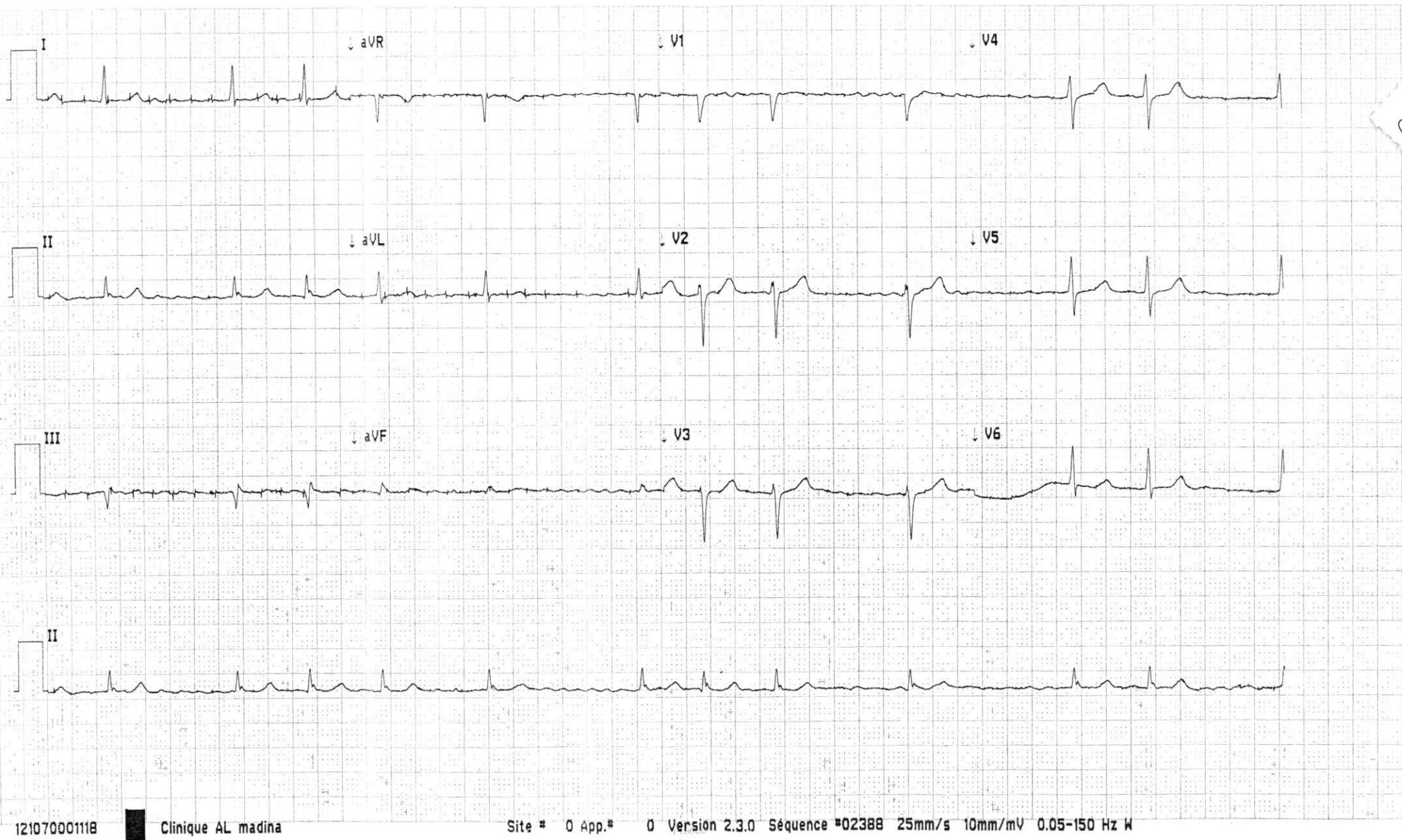
13-Déc-2023 09:23:28

ID:
D-naiss
ans,

Fréq. Card. 69 BPM
Int PR 299 ms
Dur.QRS 90 ms
QT/QTC 367/386 ms
Axes P-R-T 129 9 29

STIMULATEUR ELECTRONIQUE AURICULAIRE
ECG DE RYTHME ANORMAL
INTERPRETATION BASEE PAR DEFAUT POUR PATIENT AGE DE 40 ANNEE
Revu par _____

PR = 172 ms



CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 35374 / 2023 du 13/12/2023

Nom patient **BENAISSE AHMED**
PAYANTEntrée 13/12/2023
Sortie 13/12/2023**CONSULTATION CARDIOL**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION CARDIOLOGUE+ECG	1,00		350,00	350,00
Total Clinique				350,00

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

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

