

## 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° W21-602015

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2579

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BENAÏSSA Ahmed

Date de naissance : 01.04.1943

Adresse : habituelle

Tél. : 06 71 92 70 04

Total des frais engagés :

4116,50Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/12/2023

Nom et prénom du malade : M. Benaïssa Ahmed

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Troubles de l'audition, malade chronique

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 : 19/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDR 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
14/12/2022				INP : 20258707
13/12/2023				INP : 20258707

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Morsad 93 Lot Bouchra Route 1100 Sidi Maarouf - Casablanca Tél: 0522 32 19 29	13/12/2023	3766,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

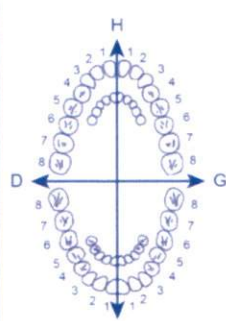
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

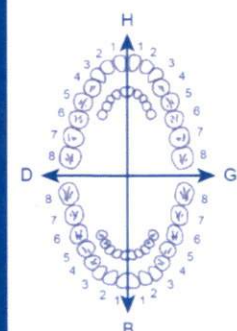
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>														
						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

	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



**ORDONNANCE**

13/12/2023

M. Benarissa

74,80 x 4

1 - Eliquis



1 - 0 - 1

98,90 x 5

2 - Amelung



**Pharmacie Morsad**  
93, Lot. Bouchra Route 1100  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél: 0522 77 19 29

140,00 x 2

1 - 0 - 0

3 - odes 20



**Pharmacie Morsad**  
93, Lot. Bouchra Route 1100  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél: 0522 77 19 29

T = 3766,50

T = 3766,50

**Pharmacie Morsad**  
93, Lot. Bouchra Route 1100  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél: 0522 77 19 29

**Pharmacie Morsad**  
93, Lot. Bouchra Route 1100  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél: 0522 77 19 29

**DR. TAOUFIK EL GUARAB**  
Cardiologue  
Cathétérisme  
INPE : 91 20807  
Tél: 066 33 33 33



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

6 118001 171255

Laboratoires  
Pfizer S.A.

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

6 118001 171255

Laboratoires  
Pfizer S.A.

Eliaquis® 5 mg  
60 comprimés pelliculés  
ELIQUIS 5MG 60 CPS  
P.P.V.: 748DH00  
6 118001 171255  
Laboratoires  
Pfizer S.A.

Eliaquis® 5 mg  
60 comprimés pelliculés  
ELIQUIS 5MG 60 CPS  
P.P.V.: 748DH00  
6 118001 171255  
Laboratoires  
Pfizer S.A.

UT.AV : 03 25  
LOT N° : 0827  
P.P.V.: 986

UT.AV : 03 25  
LOT N° : 0827  
P.P.V.: 986

UT.AV : 03 25  
LOT N° : 0827  
P.P.V.: 986

UT.AV : 03 25  
LOT N° : 0827  
P.P.V.: 986

UT.AV : 03 25  
LOT N° : 0827  
P.P.V.: 986

LOT: 220833  
PER: 11-2024  
P.V.: 140.00DH

4110,  
35,  
37

LOT: 220833  
PER: 11-2024  
P.V.: 140.00DH

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

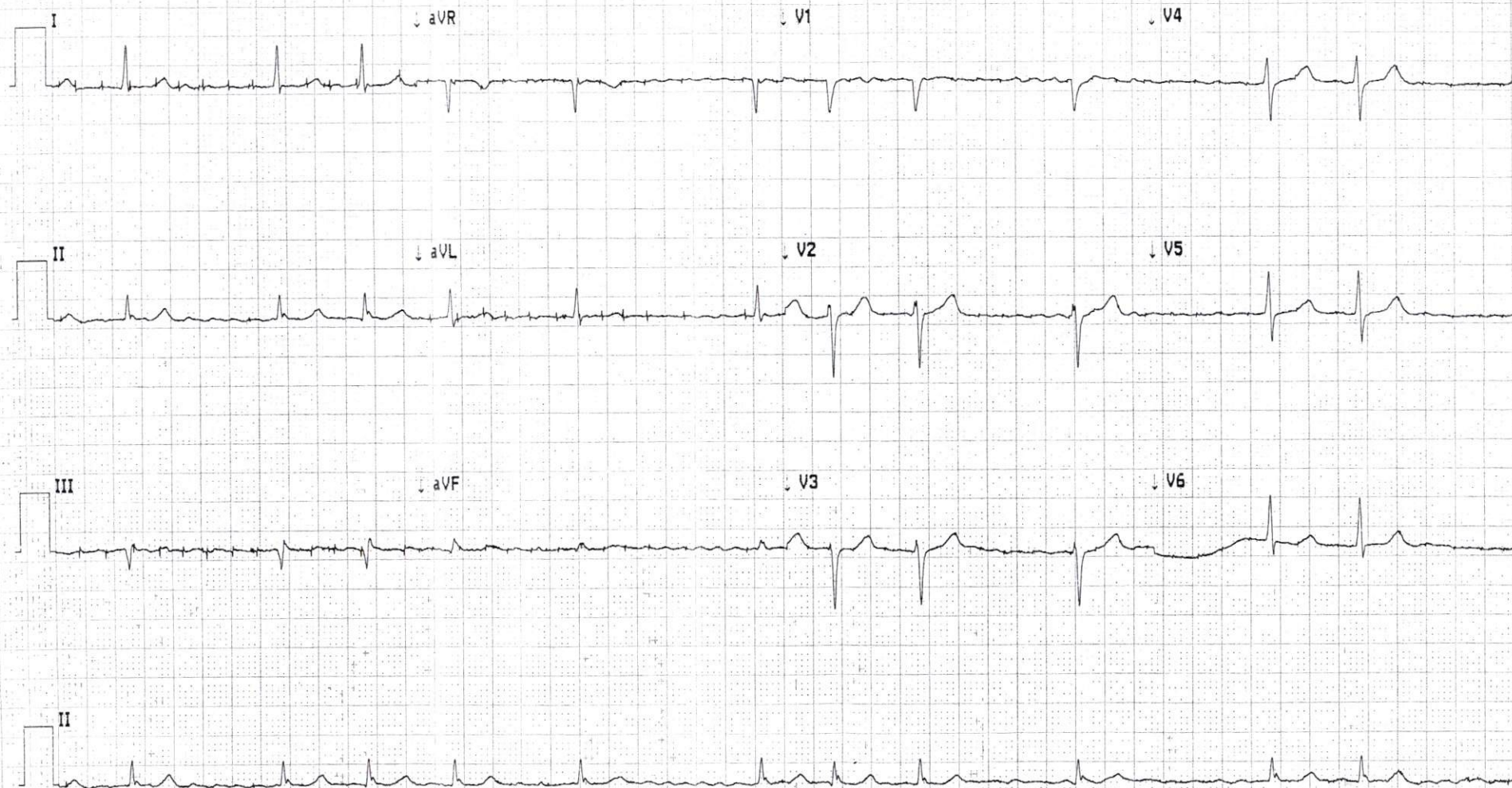
STIMULATEUR ELECTRONIQUE AURICULAIRE

ECG DE RYTHME ANORMAL

INTERPRETATION BASEE PAR DEFAUT POUR PATIENT AGE DE 40 ANNEE

Revu par -----

PA = 125/75



121070001118

Clinique AL madina

Site # 0 App.\* 0 Version 2.3.0 Séquence #02388 25mm/s 10mm/mV 0.05-150 Hz W

Laboratoires  
phar S.A.  
50 cps  
milli

# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

## F A C T U R E

N° : 35374 / 2023 du 13/12/2023

Nom patient **BENAISSA AHMED**  
**PAYANT**

Entrée 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
			Sous-Total	350,00
<b>Total Clinique</b>				<b>350,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS

**Total 350,00**

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA  
Facturation  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél : 05 22 77 40 Fax : 022 25 00 02  
Tél : 05 22 77 40 Fax : 022 25 00 01 (L.G.)