

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° W19-479605

ND: 30888

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : A323 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : —
 Nom & Prénom : ATMOUR ALI
 Date de naissance : 11/01/1965
 Adresse : 19, LOT AKILOU D SOUTHAIR NARRAKOCHA
 Tél. : 068765932 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 :

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) :

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

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

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

02.03.20 Buft 63.60 DM
28/03/20 B40 18,60

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 prie 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
25523412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35523411 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

L.S.A.M.



مختبر الجنوب للتحاليل الطبية

LABORATOIRE DU SUD D'Analyses Médicales

Dr. Abderrahim HAMDOUNE

Dr. d'Etat en Pharmacie

Pharmacien-Biologiste

عبد الرحيم حمدون
دكتور الدولة في الصيدلة
صيدلي إحيائي

Prénom : Nom : AIT MOUSS ALI

Marrakech, le 25/08/20

Exam. demandé par : DR BENYAHYA

Réf. : 20/S. 371

HEMOSTASE

Taux de Prothrombine:

Témoin : 13.50 secondes
Patient(e) : 25 secondes
Taux : 31.10 %
I.N.R : 3.00

مختبر الجنوب
LABORATOIRE DU SUD
A. HAMDOUNE
Docteur en pharmacie - Biologiste
52 Bd. My R'chid Marrakech-Guéliz

52, شارع مولاي رشيد مراكش - جليز - الهاتف : 05 24 44 88 00 - الفاكس : 05 24 44 78 03

البيانا : 45104084 - ض. ق. م. : 206446 - ض. و. ض. ج. : 1775090 - س. ت. : 35838

52, B.D, My R'chid Guéliz - Tél.: 0524 44 88 00 - Fax : 0524 44 78 03 - Marrakech

Patente : 45104084 - I.F. : 206446 - CNSS : 1775090 - R.C. : 35838

I.F. 68930410

Laboratoire d'Analyses Médicales EL WAFAA

Dr. SLASSI MARIA -Pharmacien Biologiste

50, Angle charie EL Haouz et ouled Hriz-Rabat Tél 0537-63-19-82

Bactériologie , Hématologie, Biochimie

Pat.:

I.F.:

Facture 30455

RABAT Le : 02/03/2020

Analyses effectuées le: 02/03/2020

Pour.....: **Mr. AIT MOUSS ALI**

Sur prescription du :Dr BENYAHYA ADIL

Code.....: 1HB8015



Organisme.....:

Bilan:

TP=B40

Total : B 40

Montant Net : 63.60 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

SOIXANTE TROIS Dhs 60 Cts

Laboratoire d'analyses
Médicales EL WAFAA
Dr. SLASSI MARIA
50, Angle charie EL haouz
Ouled Hriz - Rabat
Tél/Fax : 05.37.63.19.82

LABORATOIRE DU SUD

D'ANALYSES MEDICALES

A. HAMDOUNE

Docteur en Pharmacie

Diplômé de la Faculté

de Montpellier

52, Bd. Moulay R'chid

Guéliz - Marrakech

Tél : 44-88-00

C. N. S. S 1775090

R. C. 35838

Patente 45104084

TICK : 68930410

IF

INPE:

N° 01790

FACTURE

20/S. 371

073002198

مختبر الجنوب

للتحاليل الطبية

عبد الرحيم حمدون

دكتور في الصيدلة

خريج كلية ماذنيلي

52 شارع مولاي رشيد

جليز - مراكش

العاتف : 44-88-00

ص.و.ض.ج. 1775090

س.ت. 35838

Marrakech, le 28/03/2020

ICE : 001607116000042

M. AIT MOUSS ALI

Doit :

Quantité	DESIGNATION	P. U.	P. T.
01	Prélèvement		25.00
01	TP		53.60
	Total		78.60
Arrêtée la présente facture à la somme de :			
SOIXANTE DIX HUIT DHS ET 60 CTMS.			
مختبر الجنوب			
LABORATOIRE DU SUD			
A. HAMDOUNE			
Docteur en pharmacie - Biologiste			
52 Bd. Moulay R'chid Marrakech			

Laboratoire d'Analyses Médicales EL WAFAA

Dr. SLASSI MARIA -Pharmacien Biologiste

50, Angle charie EL Haouz et ouled Hriz-Rabat Tél 0537-63-19-82

Bactériologie , Hématologie, Biochimie

Prélèvement du : 02/03/2020
Référence : 503020619
Edition du : 02/03/2020



1HB8015

Patient : **Mr. AIT MOUSS ALI**
Médecin: **Dr. BENYAHYA ADIL**

HEMOSTASE

Valeurs de référence

TEMPS DE QUICK

Temoin.....	13	sec		21.5 (25/11/19)
Sujet.....	24.5	sec		
TP.....	30.2	%	(> à 75)	
INR.....	3.3			

Laboratoire d'analyses
Médicales EL Wafaa
Dr. SLASSI MARIA
50, Angle charie EL haouz
Ouled Hriz - Rabat
Tél/Fax : 05.37.63.19.82

A- L'ATTENTION DE M^{me} SOHAI



AITMOUS ALI
MATRICULE 1323

02 MAI 2017

Le/...../.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

DR. ADEL BENYAHYA
CARDIOLOGUE

Résidence: Marrakech (ex-CTM)
Av. Hassan II - Rabat Tél: 26.10.20

Certifie que Mlle, Mme, M : AITMOUS ALI

Présente

Des troubles du rythme cardiaque + pathologie valvulaire cardiaque + insuffisance cardiaque

Nécessitant un traitement d'une durée de:

durée indéterminée (longue durée)
TP + SMC à vie 1 flus

Dont ci-joint l'ordonnance:

Lorazepam 5 + Naproxène 5 + Gabapentine 300
2x + Cardiomar 1g + Talergal 1g + Suclam 1-14

(A défaut noter le traitement prescrit).....

(✓) : Valable 1 année

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

DR. ADEL BENYAHYA
CARDIOLOGUE
Résidence: Marrakech (ex-CTM)
Av. Hassan II - Rabat Tél: 26.10.20