

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

N° P19- 059058

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3678

Société : RAM

PT 188

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RASSIF MOHAMME D

Date de naissance : 27/08/1962

Adresse : N°18, Rue Ned El yardi, Quartier
des Hospitaliers CASABLANCA

Tél. : 060386123

Total des frais engagés : \$1506,00 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 : Casa

Le : 29/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
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																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																	
			Fin d'exécution																	
Visa et cachet du praticien		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																		

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 14 / 54855	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 14 / 0054855

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 3678	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		RASSIF Mohamed	
Fonction	CD3	Phones 0600386123	
Mail		mrassif@royalairmaroc.com	
MEDECIN		Prénom du patient LATIA	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age 54	Date 29/05/2020
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
HTA.			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Non			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
1V2 + ETC		300 / 100	
PHARMACIE		Date 29/05/20	PHARMACIE ALEXANDRIE Mme BENJELLOUN Fouzia Docteur en Pharmacie 35, Boulevard Alexandria Tel: 0522 86 15 15 - Casablanca GSM: 092004455 - ICE: 00 1827 534 000 007
Montant de la facture		1106,10	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	CACHET
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	CACHET
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Dr. Ihame HJIAJ Ep. BENOMAR

Cardiologie Adulte
et Pédiatrique

Diplômée de la faculté
de Médecine de Liège
Belgique

Ancienne Interne des Hôpitaux de
Montpellier et Paris - France

الدكتورة إهام أحجيج بنعمر

إختصاصية في أمراض القلب
لل كبار والأطفال

خريجة كلية الطبيدلية الاسطدريية

PHARMACIE ALEXANDRIE

Mme BENJELLOUN Fouzia

Docteur en Pharmacie

35, Boulevard Alexandrie - Casablanca

Tél: 0522.86.15.13 - Casablanca
INPE: 092001456 - ICE: 001837 636 000 007

Casablanca, le :

Nom :

ELAFAR Laïla

11/01/80 x 3

19 Aldosterone 75. 1cp

53/01 x 3

Dipicor 5. 1cp

57/01 x 3

LD Nor 10. 1cp

30/01 x 3

Kar Siege 75. 1cp

6/01 x 3

(ou Cardaspirine)

Amarel 2mg. 1cp

28/01 x 6

Glucophage 1000

PHARMACIE ALEXANDRIE
UN Fouzia
andrie
Casablanca

LOT : 1C LOT : 201E009
PER : PI PER : 07 2021

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

LOT : 1C LOT : 19E002
PER : 10 2022

AMAREL 2MG
AMAREL 2MG
CP B30

P.P.V : 60DH40

6 118000 060031

11/06/10

the 3 Mars

Dr Ihame HJIAJ
Cardiologue - Pédiatre
35, rue de Rome, angle Carré d'Or - Casablanca
Tél : 05.22.81.54.54 / 05.22.82.54.54 - Urgence : 06.61.71.00.44

LOT
EXP
PPV
53,00

LOT
EXP
PPV
53,00

LOT
EXP
PPV
53,00

LOT : 200176
UT AV: 01/2023
PPV: 57,80 DH
LOT N° : (HD) Add

LOT : 200177
UT AV: 01/2023
PPV: 57,80 DH
LOT N° : (HD) Add

LOT : 200176
UT AV: 01/2023
PPV: 57,80 DH
LOT N° : (HD) Add

P.P.V: 110DH80
LOT: B22833
EXP: 08.2021

P.P.V: 110DH80
LOT: B22833
EXP: 08.2021

P.P.V: 110DH80
LOT: B22833
EXP: 08.2021

LOT 200172
EXP 03/2023
PPV 28.00DH

LOT 200172
EXP 03/2023
PPV 28.00DH

LOT 200172
EXP 03/2023
PPV 28.00DH

LOT 200172
EXP 03/2023
PPV 28.00DH

LOT 200172
EXP 03/2023
PPV 28.00DH

LOT 200172
EXP 03/2023
PPV 28.00DH

Dr. Ilhame HJIAJ Ep. BENOMAR

**Cardiologie Adulte
et Pédiatrique**

Diplômée de la faculté
de Médecine de Liège
Belgique

Ancienne Interne des Hôpitaux de
Montpellier et Paris - France



الدكتورة إلهام أحجيج بنعمر

إختصاصية في أمراض القلب

للکبار و الأطفال

خريجة كلية الطب

بليج - بلجيكا

طبيبة سابقة بمستشفيات

مونبولي و باريس - فرنسا

Casablanca, le : 29/05/2020

Nom : ELARAF Louta

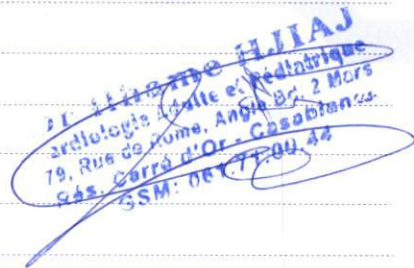
Note d'honoraires

Le Dr HJIAJ Ilhame vous remercie de votre confiance
et vous adresse la note d'honoraire de :

Correspondant à :

✗ Consultation : 300
✗ ECG : 100

- Echo-doppler cardiaque :
- Echo-doppler des TSA :
- Holter TA :
- Holter ECG :
- Epreuve d'effort :
- Echocardiographie de stress :
- Echographie trans-oesophagienne :
- Autres :



79, rue de Rome Angle bd 2 mars, res Carré d'Or - RDC - Casablanca

Tél.: 05.22.81.54.54 / 05.22.82.54.54 - Urgence : 06 .61.71.00.44

IF : 401071103 - TP : 34450220 - CNSS : 8185523 - INP : 091163063

ICE : 001872067000018