

## 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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-511769

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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
				DNP : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

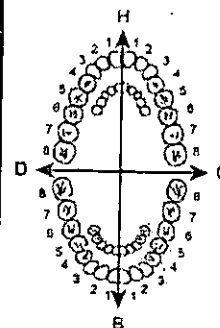
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

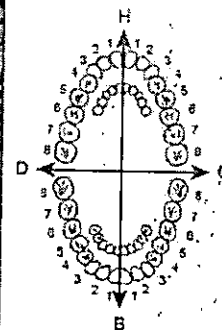
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000300	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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



# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux														
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticaire																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H	G	25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553		
	H	G																
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																		

**VOLET ADHERENT** NOM : BEN YAHIA ABDELAZIZ Mle 00774

DECLARATION N° W18-359088

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



W18-359088

DATE DE DEPOT

14/01/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>00774</u>
Nom & Prénom <u>BEN YAHIA ABDELAZIZ</u>		
Fonction : <u>RETRAITE</u>	Phones : <u>0665200316</u>	
Mail : _____		
MEDECIN		
Prénom du patient <u>Benyahia Abdelaziz</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age : _____	Date <u>07 JAN 2020</u>
Nature de la maladie <u>HTA, Coronaropathie</u>		Date 1ère visite : _____
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances : _____		
Nature des actes <u>U+ECG</u>	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires <u>300 dh</u>
PHARMACIE		
Montant de la facture <u>1266,30</u>		Date <u>07/01/2020</u>
<b>Dr BENYAHIA Mohamed Hicham</b> <b>Pharmacie RAB13</b> 173, Bd. El Hana Lot Errabli BERRECHID - Tél: 0522 33 69 00		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV



Casablanca, le : 07/01/2020

**Rythmologie interventionnelle**

Ancien Chef du service de rythmologie de l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V

**Ordonnance**

**M. Benyahia Abderrafie**

196,20 x 3

CRESTOR 5 mg : 1 comp. par jour au diner

131,50 x 3

TAREG 80 mg : 1 comp. par jour le matin

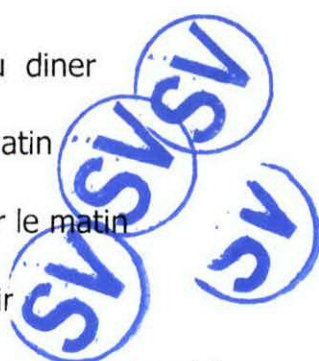
50,10 x 3

CARDENSIEL 2,5 mg : 1 comp. par jour le matin

49,30 x 3

XANAX 0,5 mg : 1 comp. par jour le soir

ASPEGIC 100mg : 1 sachet . par jour au repas de midi



XANAX  
3 Boites  
W 07/01/20  
N=73

Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham  
Pharmacie RAB13  
173, Bd. El Hira Lot Errabii  
BERRECHID - Tél.: 0522 33 69 00

Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham  
Pharmacie RAB13  
173, Bd. El Hira Lot Errabii  
BERRECHID - Tél.: 0522 33 69 00

**Ordonnance Pour 3 Mois**

1266,30

Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham  
Pharmacie RAB13  
173, Bd. El Hira Lot Errabii  
BERRECHID - Tél.: 0522 33 69 00

**Dr. Abdelhamid Moustaghfir**  
Professeur de cardiologie  
Rythmologie Interventionnelle  
Tel : 05 22 26 53 53 - Fax : 05 22 26 53 55  
14, Rd. de Paris 1er étage M°10 - Casablanca

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 5mg cp peli b30  
P.P.V : 196,20 DH

6 118001 183104

6 118001 100859  
Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 54,10 DH

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 5mg cp peli b30  
P.P.V : 196,20 DH

6 118001 183104

6 118001 100859  
Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 54,10 DH

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 5mg cp peli b30  
P.P.V : 196,20 DH

6 118001 183104

6 118001 100859  
Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 54,10 DH

14, Bd de Paris 1er étage , 20000, Casablanca, Maroc

IF : 15190796 - ITP : 35503120 - CNSS : 4291093 -  
ICE : 001676319000072 - INPE : 101100261 -

# Cabinet de cardiologie à orientation rythmologique

Dr Moustaghfir Abdelhamid  
Professeur de cardiologie

Casablanca, le ..... 07 JAN. 2020 .....

## Electrocardiogramme de surface

Nom : ..... Benyahia .....

Prénom : ..... Abdelhafie .....



Nom : **Benyahia**  
 Prénom : **Abderrafie**  
 IDP : **00973**  
 Visite : **--**  
 Date : **07.01.2020**  
 Heure : **15:19:03**  
 Né le : **01.01.1949**  
 Sexe : **Masculin**  
 Taille : **-- cm**  
 Poids : **-- kg**  
 PA : **-- / -- mmHg**  
 Origine : **Non défini**

FC : **70 /min** RR : **861 ms**  
 Axe P : **40 °** P : **121 ms**  
 Axe QRS : **-9 °** PQ : **158 ms**  
 Axe T : **45 °** QRS : **82 ms**  
 QT : **363 ms**  
 QTc : **391 ms**

Validé par :

*ECG Normal*

*Jr. Aouenania Moustaghfi*  
**Professeur de cardiologie**  
**Cardiologie Interventionnelle**  
 Tel : 05 22 26 53 53 - Fax : 05 22 26 53 55  
 14 Bd. du Prince Youssef - Casablanca

