

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique 16525	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société :	
Matricule :	0574	Autre :	BEN YAHIA ABDELAFTA
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Date de naissance :	
Nom & Prénom :		Adresse :	
0665960356		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	/ /
Nom et prénom du malade :	Age:
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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) :


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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

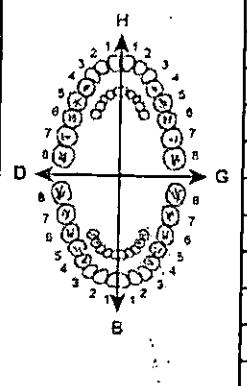
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

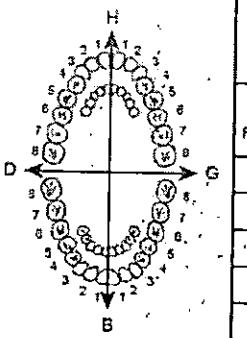
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
					<input type="text"/>
					Montant des soins <input type="text"/>
					Début d'exécution <input type="text"/>
					Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H D 25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	<input type="text"/>	Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin de <input type="text"/>
		(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					

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

W18-359088

DATE DE DEPOT

14.01.2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 00774		
Nom & Prénom BEN YAHIA ABDELAZIZ		Fonction : RETRAITE Phones... 0663200316		
Mail		MEDECIN Prénom du patient Bengaliha A5tendalje		
		Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age		
		Date 07 JAN 2020		
Nature de la maladie HTA, Coronaro pathie -		Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		<i>Dr Benyahia Mouhamed Hicham Professeur de Cardiologie Rythmologie Interventionnelle Tel: 0822365353 Fax: 0522263555 1er accide 1er accide N°10, Tanger</i>		
Nature des actes US+ECG		Montant détaillé des honoraires 300 DH		
PHARMACIE Date 07/01/2020		Montant de la facture 1266,30		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :				
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :				
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

Dr BENYAHIA Mohamed Hicham
Pharmacie RABIB
178, Bd. ETHIOPE Lot Errabbi
BERRECHID - Tel.: 0522 33 69 00



Radiologie

Rythmologie interventionnelle

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

Casablanca, le : 07/01/2020

Ordonnance

40,30

40,30

40,30

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

54,10 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 07/01/2020
N = 73

Dr. BENYAHIA Mohamed Micham
Pharmacie RABIS
173, Bd. El Hiraa Lot Errabii
BERRECHID - Tel.: 0622 33 69 00

Dr. BENYAHIA Mohamed Micham
Pharmacie RABIS
173, Bd. El Hiraa Lot Errabii
BERRECHID - Tel.: 0622 33 69 00

Ordonnance Pour 3 Mois

1266,30

Dr. BENYAHIA Mohamed
Pharmacie RABIS
173, Bd. El Hiraa Lot Errabii
BERRECHID - Tel.: 0622 33 69 00

Dr. Abdellah Moustaghfir

Professeur de cardiologie
Rythmologie Interventionnelle

Tel : 05 22 26 53 53 - Fax : 05 22 26 53 55
14, Bd de Paris 1er étage N°10 - Casablanca

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Q1 Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 196,20 DH
6 118001 183104

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Q1 Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 196,20 DH
6 118001 183104

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Q1 Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 196,20 DH
6 118001 183104

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
7862160238
PPV: 54,10 DH

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
7862160238
PPV: 54,10 DH

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
7862160238
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 : Abdelatif.....

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. Ayoubennia Moustaghfi
 Professeur de cardiologie
 Cardiologie Interventionnelle
 Tel: 05 22 26 53 53 - Fax: 05 22 26 53 55
 14 Rue de l'Orme, Maroc, N°10, Casablanca

Émetteur de la

