

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-602035

73849

☒ 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 : 1148,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 02/06/2021
 Nom et prénom du malade : BENAÏSSA AHMED Age : 1943
 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 : Casablanca Le : 02/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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

Autorisation CNDP 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
02/06/12	ECG		150,00	INP: 09-11-11-0666
	ECG		100,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Sachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02-06-21	892,80

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

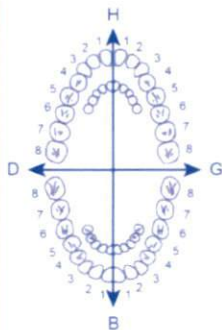
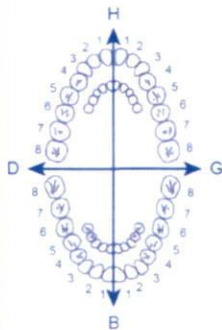
[illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				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															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mehdi BENJELLOUN
Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Casablanca, le : 02/06/2021

Nom et Prénom :

BENAISSA Ahmed

AMLOR 10

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

TAHOR 10

1 comprimé le soir 1 jour sur 2, pendant 3 mois

CARDIOASPIRINE 100

1 comprimé à midi après le repas, pendant 3 mois

LYNFAVEN

2 comprimés à midi, pendant 2 mois

UTAV : 12 23

P.P.V.

LOT N° : 00175

98 90
98,90

UTAV : 12 23

P.P.V.

LOT N° : 00175

98 90
98,90

UTAV : 12 23

P.P.V.

LOT N° : 00175

98 90
98,90

TAHOR 10MG 28 CPS

P.P.V. : 79DH00

6 118000 250340

Laboratoires
Phar SA

Emballage scellé.

Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

A consommer de préférence avant fin /

Best before :

Lot n° / Batch n° :

04/2022

L019

PPC : 110,00 DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

A consommer de préférence avant fin /

Best before :

Lot n° / Batch n° :

04/2022

L019

PPC : 110,00 DH

082060 100811 9
6 118001 090280

Bayer S.A.

P.P.V. : 27,70 DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

A consommer de préférence avant fin /

Best before :

Lot n° / Batch n° :

04/2022

L019

PPC : 110,00 DH

A consommer de préférence avant fin /

Best before :

Lot n° / Batch n° :

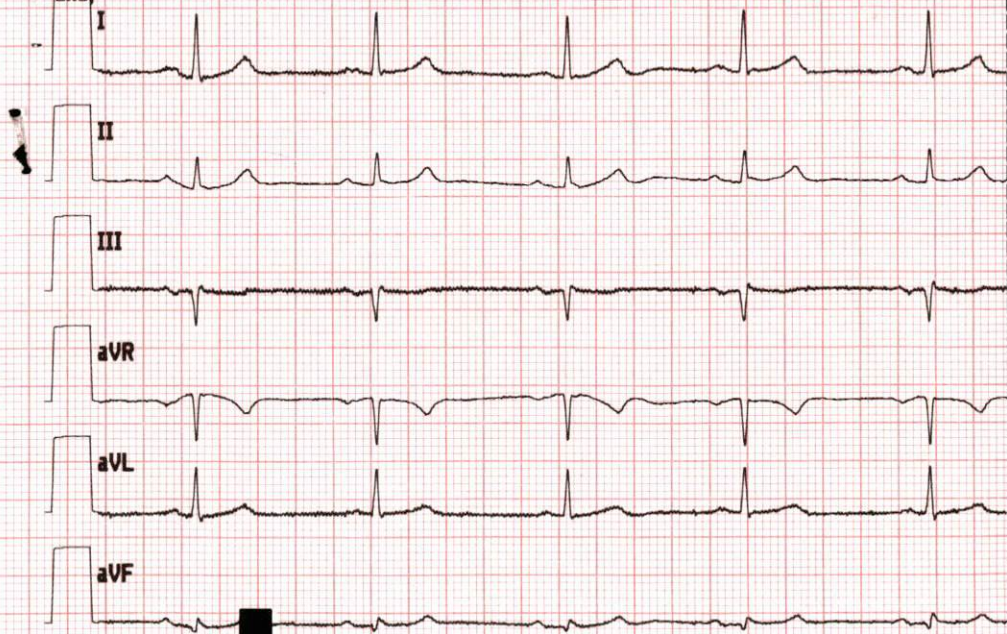
04/2022

L019

PPC : 110,00 DH

2-Jui-2021 11:15:58 Fréq. Card.: 63 BPM
Axes P-R-T: 58 1 29 Int PR: 159ms
Dur.QRS: 88ms QT/QTc: 368/376ms

ID:
D-naiss:
ans,



114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site * 0 App.* 0

2-Jul-2021 11:15:58

BENAIHA
AHMED

D. BENAIHA AHMED
الكتور مهدي بنجلون
CARDIOLOGUE
Rue 2, N°67 - 1er Etage BP Chandra - El Oulfa
Tel: 08 22 91 07 62 - 08 04 74 39 14
INPE: 91170670

