

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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- 067485

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1323 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : H. T. MOJ ALI

Date de naissance : 1/10/46

Adresse : Lot 1, Avenue Hassan II, Casablanca

Tél : 0688765930 Total des frais engagés : 150,00 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 : 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

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
	02/06/2024	B ₄₀ + r _e = 50,00 DH	
	19/06/21	B ₄₀ + r _e = 50,00 DH	
	24/06/21	B ₄₀ + r _e = 50,00 DH	

AUXILIAIRES MEDICAUX

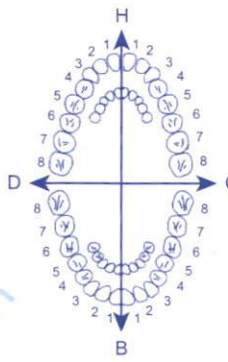
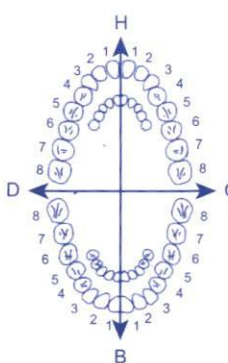
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



CABINET DE CARDIOLOGIE

Docteur Adel BENYAHYA

CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Caen

Diplômé d'Echocardiographie,
d'Hémodynamique non invasive,
de Cardiologie Congénitale et Pédiatrique,
de la Faculté de Médecine de Paris

الدكتور عادل بنيحي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

Echodoppler couleur cardiaque et vasculaire
Echographie transoesophagienne
Epreuve d'effort
Holter tensionnel et E.C.G.

18 JUN 2021

Adel Benyahya

TP - SMR c/c 6/10/21

(ARM)

UR. ADEL BENYAHYA
CARDIOLOGUE
Résidence Mamounia (ex - CTM)
Av. Hassan II - Rabat Tél: 20.10.20

Laboratoire d'analyses
Médicales EL Wafaa
Dr. SAADI MARJA
50, Avenue Cherif EL KH
Ouled Mirz - Rabat
Tél/Fax : 05.37.63.19.82

24/6

Laboratoire d'Analyses Médicales EL WAFAA

Dr. SLASSI MARIA -Pharmacien Biologiste

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

Bactériologie , Hématologie, Biochimie

Pat.:

TVA:

Facture 34310

RABAT Le : 02/06/2021

Analyses effectuées le: 02/06/2021

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

Sur prescription du :Dr BENYAHIA

Code.....: 1HB8015



Organisme.....:

Bilan:

TP=B40

Total : B 40

Montant Net : 50.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

CINQUANTE Dhs 00 Cts

Laboratoire d'analyses
Médicales EL WAFAA
50, Angle Marie EL Haouz et ouled Hriz
Rabat - Tél/Fax: 0537-63-19-82

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 : 02/06/2021
Référence : 106020485
Edition du : 02/06/2021



Patient : **Mr. AIT MOUSS ALI**
Médecin: **Dr. BENYAHIA**

HEMOSTASE

Valeurs de référence

TEMPS DE QUICK

Temoin.....	13
Sujet.....	20.8
TP.....	40.8
INR.....	2.4

sec

35 (18/05/21)

sec

% (> à 75)

50, Angle Charie EL Ha
- Rabat - Tél/Fax 05
Dr. SLASSI MARIA
Laboratoire d'Analyses Médicales EL WAFAA
1982

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.:

TVA:

Facture 34479

RABAT Le : 19/06/2021

Analyses effectuées le: 19/06/2021

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

Sur prescription du :Dr BENYAHIA

Code.....: 1HB8015



Organisme.....:

Bilan:

TP=B40

Total : B 40

Montant Net : 50.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

CINQUANTE Dhs 00 Cts

Laboratoire d'analyses
Médicales EL WAFAA
Dr. SLASSI MARIA
50, Angle Charie EL Haouz
et Ouled Hriz - Rabat
Tél/Fax : 05 37 63 19 82

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 : 19/06/2021

Référence : 106190654

Edition du : 19/06/2021



1HB8015

Patient : **Mr. AIT MOUSS ALI**

Médecin: **Dr. BENYAHIA**

HEMOSTASE

Valeurs de référence

TEMPS DE QUICK

Temoin.....	13
Sujet.....	18.9
TP.....	47.9
INR.....	2.0

sec

sec

%

(> a75)

20.8 (02/06/21)

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

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.:

TVA:

Facture 34539

RABAT Le : 24/06/2021

Analyses effectuées le: 24/06/2021

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

Sur prescription du :Dr BENYAHIA

Code.....: 1HB8015



Organisme.....:

Bilan:

TP=B40

Total : B 40

Montant Net : 50.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

CINQUANTE Dhs 00 Cts

Laboratoire d'analyses
Médicales EL WAFAA
Dr. SLASSI MARIA
50, Angle charie EL Haouz
et ouled Hriz - Rabat
Tél/fax : 0537-63-19-82

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 : 24/06/2021
Référence : 106240714
Edition du : 24/06/2021



1HB8015

Patient : **Mr. AIT MOUSS ALI**

Médecin: **Dr. BENYAHIA**

HEMOSTASE

Valeurs de référence

TEMPS DE QUICK

Temoin.....	13
Sujet.....	58
TP.....	<14.2
INR.....	>10.2

sec

sec

%

(> à 75)

18.9 (19/06/21)

Laboratoire d'analyses
Médicales EL WAFAA
Dr. SLASSI MARIA
50, Angle Charie EL Haouz
et ouled Hriz - Rabat
Tél/fax : 05.37.63.19.82

☐ valable 3 mois

Le 22/11/2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

(À adresser au médecin **DR. ADEL BENYAHYA** sous pli confidentiel)

Je soussigné :

CARDIOLOGUE

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Résidence Mamounia (ex - CTM)
Av Hassan II - Rabat Tél: 20.10.20

Présente

taux de glycémie élevée + hypertension + pathologie cardiaque
Nécessitant un traitement d'une durée de : *3 ans*

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakh
6ème Etage, Casablanca

DR. ADEL BENYAHYA
CARDIOLOGUE
Résidence Mamounia (ex - CTM)
Av Hassan II - Rabat Tél: 20.10.20