

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.

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.

Entente préalable :

- 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.

En cas d'accident :

- 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.

- Le suivi post-soins est obligatoire, en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie chronique 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

Information : contact@mupras.com
Demande de remboursement : pec@mupras.com
Demande de changement de statut : adhesion@mupras.com

La Mutuelle s'engage à respecter le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 0059247

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2525 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZOUINIS ABDELKAREM
Date de naissance : 15/06/1948
Adresse : 27 Rue Ibnou EL KARAN 14517
APT N° 2 NAARIF
Tél : 0658903371 Total des frais engagés : 1168,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 08/03/2022
Nom et prénom du malade : SADAWI KHADJA Age : 1968
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA + PHLEBITE
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 : 08/03/2022

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
03/03/22	CSA ECC		250,00	Mehdi BENJELLOUN CABINET DENTISTE Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Changé Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14 INPE: 01175570

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES MAUSOU Dr. SIJELMASSI Gouchra 30, Rue Mansoulé D. HA. JER CASA - TEL: 05 22 91 07 62	03/03/22	917,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

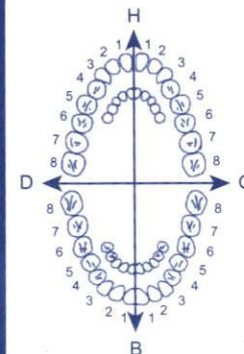
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

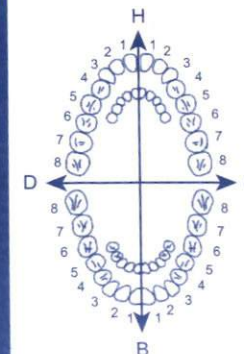
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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

ORDONNANCE

Cachet du médecin

A

, Le :

08/03/2022

SADAWI Khadija

649,00
REXABAN 20

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

134,50 x 2 = 269,00
CO IRBESAR 150/12.5

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

T = 917,00

PHARMACIE DES MAUSOLEES
D. SIJELMASSI Bouchra
30, Rue Mohamed V, Hniffaou
CASA - Tél: 05 22 91 07 62

السكنر مهدي بنجلون
D. Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE
Rue 2, N°61 - 1er Etage BP Casablanca
Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
INPE: 54174670

6

118000

072690



56 comprimés pelliculés

Rexaban® 20 mg

20 ملغ

56


دوسا ملبسا

عن طريق الفم

ريڤاكسان
ريڤاروكسبان



649102

كو ايريزار[®] صان 

PPV : 134DH30


Lot n° :

Exp. :

COIRBESAR[®] SUN 150mg/12,5mg
Boîte de 28
comprimés pelliculés
Voie orale



ملغ 150
ملغ 12,5
28

كو ايريزار[®] صان 

PPV : 134DH30

Lot n° :

Exp. :

COIRBESAR[®] SUN 150mg/12,5mg
Boîte de 28
comprimés pelliculés
Voie orale



ملغ 150
ملغ 12,5
28

☒ **valable 3 mois**

Le 08/02/2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input checked="" type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	
Certifie que Mlle, Mme, M. :	Dr. Mandi BENJELLOUN CARDIOLOGUE Rue 2, N°61 - 1er Etage - El Oulfa Tel: 05 22 81 97 62 - 06 04 72 39 14
Présente	HTA + PHlébite
Nécessitant un traitement d'une durée de :	à vie pour l'HTA 8 mois PHlébite
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

ID:

D-naiss:

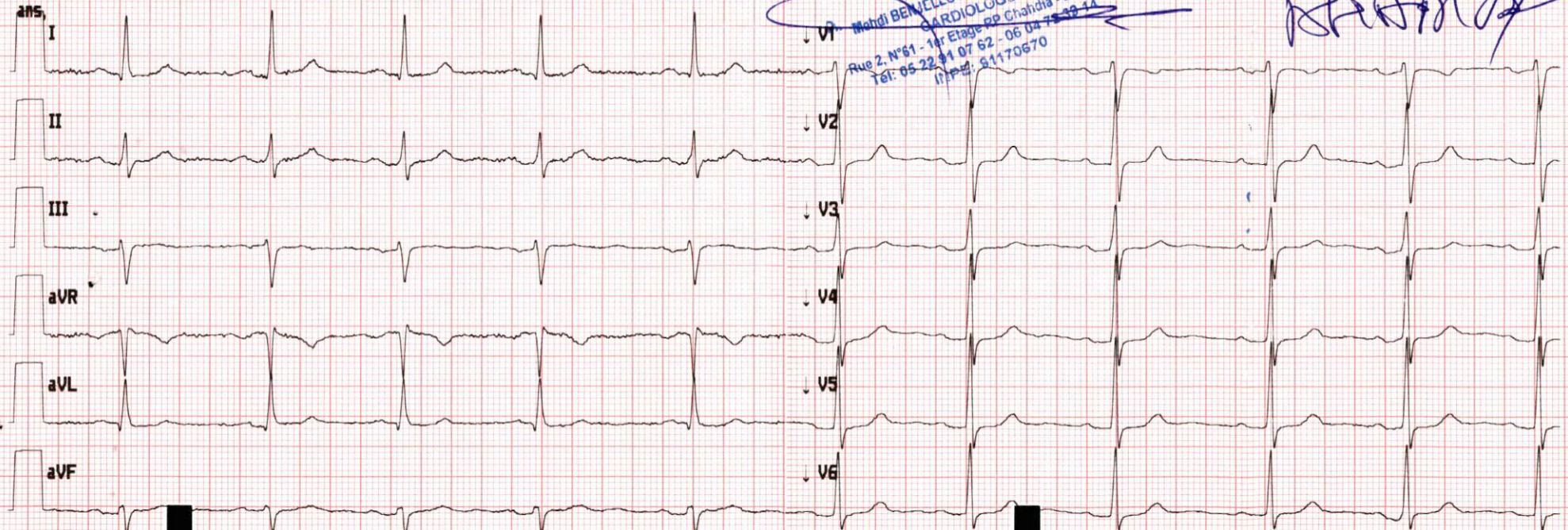
ans,

70.557
8-Mar-2022 14:22:11 Fréq. Card.: 64 BPM
Axes P-R-T: 66 -6 32 Int PR: 198ms
Dur.QRS: 100ms QT/QTc: 391/400ms

8-Mar-2022 14:22:11

الدكتور مهدي بنجلون
Mahdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE
Rue 2, N°61 - 1er Etage BP Chahdia - El Oufra
Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 75 39 44
INPE: 91170670

Signature



114330225506

Dr. benjelloun Mehdi

Site * 0 App * 0

Version 2.0.3.5 Séquence 22567 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz