

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° W21-709310

par le médecin

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11013 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : YANOUNE AOUATIF

Date de naissance : 12-06-78

Adresse : 16 HSSAINE LOT EA FACULTE

SALA AUADIA

Tél. : 0613575377 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/06/22

Nom et prénom du malade : Yanoun Aouatif Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : pathologie supprime AIT

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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.

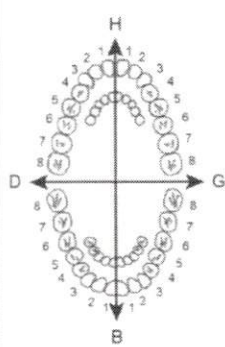
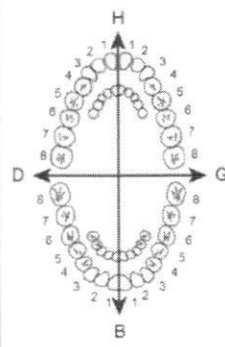
MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
03/06/11	Consultation		300,00 Dhs	INP: 1708161978 Dr. CAMILLE BENZIDIA Imm. 1, Rue Oudjda Agdal - Rabat - INE Tél.: 06 37 87 55 76 (urgences) : 06 81 35 77 16

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	

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 canalaire, 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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[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											

CABINET DE CARDIOLOGIE
ET EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Docteur Rachid BENZIDIA

CARDIOLOGUE

Diplômé de la faculté de Medecine de Paris VI

الدكتور بن الزيدية رشيد
اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
خريج كلية الطب بباريس

Rabat, le :

03/06/2024

Madame YAMOUNE Aouatif

AVLOCARDYL 40 mg :

1/2 cp 2 fois/jour (matin et soir pendant le repas) x 3 mois

CARDIOASPIRINE 100 mg :

1 cp 1 fois/jour (à midi pendant le repas) x 3 mois

صيدلية محمد بن عبد الله
PHARMACIE AL ANDALOUS
11, Av Mohammed VI, Souissi - Rabat
Tél: 05 37 75 01 75 - 05 37 75 94 09

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC 850
Lot: 21E014
P.P.V: 41DH80
Pé: 09 2024
6 118080 019227

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC 850
Lot: 21E010
P.P.V: 41DH80
Pé: 06 2024
6 118080 019227

Dr. Rachid BENZIDIA
CARDIOLOGUE
Imm: 1, Rue Ouhoud - Michlifen
Agdal - Rabat - INPE: 101161776
Tél: 05 37 67 10 66 - 05 37 67 10 67
(fax: 05 37 67 10 66)

INPE : 101161776

الرباط - أكدال، عمارة 1 - زاوية زنقة أحد وشارع ميشليفن - شقة 15

Rabat - Agdal, Angle rue Ouhoud et Av Michlifen - Immeuble 1, App 15

الهاتف: 05.37.67.10.67 : TEL 05.37.67.10.67 - الفاكس: 05.37.67.10.66 FAX:

Patente : 25739917 - IF : 34344597 - INP : 101161776 - ICE : 001768820000004

Nom:

Yamoune Aouatif

No ID:

yamoune

03.06.2022 09:06:56

Interprétation

Intervalle RR 921 ms
P 116 ms
PQ 144 ms
QRS 78 ms
QT 380 ms
QTc 396 ms

FC 65 /min

Axes P 37°
QRS -2°
T 33°

F
- - cm
- - kg
- / - mmHg

Né:
Age:
Sexe:
Taille:
Poids:
PA:
Med:
Rem:

Validé

