

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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-692248

128420

M9
ECP

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1545

Société : RAM adhérent

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BENYASS ABDELHAFID

Date de naissance : 08/03/54

Adresse : LOT 125 TRANCHE D

SIDI OTMANE

CASABLANCA

Tél. : 0662189390

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Siham BELAICHE
Cardiologue
Angle Bd. Ibn Tachfine et Adraa
El Mourakouchi 3ème Etage N° 5
Casablanca - Tél. : 0522 61 11 33

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/07/2022

Nom et prénom du malade : BERKANE FAUZIA

Age : 68 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

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) :

Autorisat 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
28/07/2022	G+ECG	300 g/h		<p>09104138</p> <p>INP: [Signature]</p> <p>Dr. Siham BELAICHE Cardiologue</p> <p>Angle Bd. Ibn Tachfine et Adra El Mourakouhi 3eme Etage N° 1 Alger - Tél: 0522 61 11 3</p>

Dr. Siham BELAICHE
Cardiologue
Angle Bd. Ibn Tachfine et Adraa
EL Mourakouchi 3ème Etage N° 5
Casablanca - Tel: 0522 61 11 33

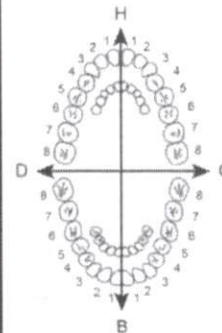
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/07/22	514,50

Cache du Pharmacien
ou du Fournisseur

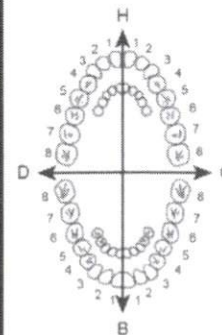
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



	H			
	25633412	21433552	00000000	00000000
D	00000000	00000000	35533411	11433553
	G			
	B			

(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

Dr. Siham BELAICHE

**Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux**

**Explorations
Cardio-Vasculaires**



د. سهام بلعيش

**إختصاصية في أمراض
القلب و الشرايين
استكشاف أمراض
القلب و الشرايين**

28/7/22

Bakane Faouzi

120, 80 x 3

(S.V)

Subar 100

50, 70 x 3

(S.V)

Caudex 25

75

3
anni

Pharmacie Lilas
MADINA AL JADIDA
LAHLOU Faten
Pharmacienne
378 Tranche D Cité Nouvelle - Casa

Pharmacie (interne)

75

50

Dr. Siham BELAICHE
Cardiologue

Angle Bd. Ibn Tachefine et Adraa
EL Mourakouchi 3ème Etage N° 5
Casablanca - Tél: 05 22 61 11 33



زاوية شارع ابن تاشفين وابن العدراء المراكشي، إقامة فاطمة الزهراء II الطابق الثالث
(فوق أسيميا و BMCE) - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 61 11 33

Angle Bd. Ibn Tachefine et Ibn El Adraa El Mourakouchi, Résidence Fatima Zahra II 3ÈME étage, N° 5
Casablanca (au dessus de Acima et BMCE) - Tél.: 05 22 61 11 33

PPV : 120DH80

Lot n°:

EXP:

IRBESAR® SUN 150 mg
Boîte de 28
comprimés pelliculés
Voie orale



6 118000 380573

PPV : 120DH80

Lot n°:

EXP:

IRBESAR® SUN 150 mg
Boîte de 28
comprimés pelliculés
Voie orale



6 118000 380573

IRBESAR® SUN 150 mg
Boîte de 28
comprimés pelliculés
Voie orale



6 118000 380573

PPV : 120DH80

Lot n°:

EXP:



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246