

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 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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0017900

156326

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3140 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENHIMA Hassan

Date de naissance : 05/11/56

Adresse :

Tél : 0673744333 Total des frais engagés : 1785,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/10/20

Nom et prénom du malade : Benhima Hassan Age :

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

Nature de la maladie : Cardiologue HTA

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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
25-01-23		CS	300DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/01/2023	2362,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

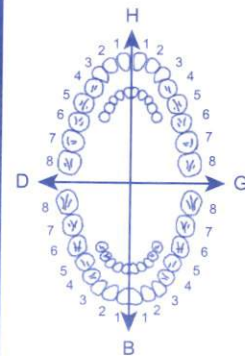
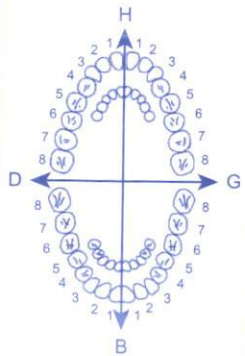
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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</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 <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	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



Échodoppler cardiaque et vasculaire - Epreuve d'effort - Holter rythmique et tensionnel

Casablanca le 25/01/2023

M^{re} Beuthima Hassan.

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Qi,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH

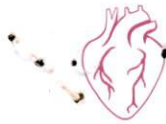


6 118001 183104

PHARMACIE
DYAR CHATII
M^{re} Imen Lotte Dyar Chatii
05 22 96 94 86

Dr **ZOHEIR Fatima**
Cardiologue
230, Bd Brahim Roudani
Maârif - Casablanca

T de Ymssg



Échodoppler cardiaque et vasculaire - Epreuve d'effort - Holter rythmique et tensionnel

Casablanca le : 25/01/2023

M^e Beuthima. Hessa.

4 x 165,50

1) Atacandolug. (S.V)
sup li matin.

4 x 270,00

2) Co Planix 75/100 (S.V)
sup midi

250,00

3) Parafenix. (S.V)
sup li soir.

4 x 87,50

4) Nebilet. (S.V)
sup midi.

II de 4000



T. 2342,00

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND
16 mg Cpr séc
Bte de 30
140 / 16 DMP / 21 INRO P.P.V: 165,50 DH
6 118001 020546

V14097/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

16 mg Cpr séc
Bte de 30
140 / 16 DMP / 21 INRO P.P.V: 165,50 DH
6 118001 020546

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

16 mg Cpr séc
Bte de 30
140 / 16 DMP / 21 INRO P.P.V: 165,50 DH
6 118001 020546

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V: 270,00 DH

5 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V: 270,00 DH

5 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V: 270,00 DH

5 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V: 270,00 DH

5 118001 082018

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

16 mg Cpr séc
Bte de 30
140 / 16 DMP / 21 INRO P.P.V: 165,50 DH
6 118001 020546

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

V14097/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

V14097/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

V14097/01

PPV: 250,00 DH
LOT: 21K08B
EXP: 11/2024

PRAVAFENIX®

40 mg / 160 mg
Gélules

Pravastatine / Fénofibrate

$$\text{ATCAND: } 165,50 \times 4 =$$

$$\text{NEBLET: } 87,50 \times$$

$$\text{ATACAND: } 165,50 \times 4 = 662,00,$$

$$\text{COPRANX: } 270,00 \times 4 = 1080,00$$

$$\text{Pravastatin: } 250,00 \times 1 = 250,00$$

$$\text{NEBLET: } 87,50 \times 4 = 350,00.$$

$$\underline{\underline{2342,00.}}$$

CRESTOR ISO Pcaafenix.