

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- 0032539

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 31787 Société : RAM 177146
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : REMOUHOUD MARIE
 Date de naissance : 06/08/1943
 Adresse : OULAN SALHA BOU ZOUKARA
 Tél. : 666 1666 50 Total des frais engagés : 939,14 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 :

Prothese mixte

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-2 15 / 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.

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
16/08/2023	Exploration Adulte	350PH		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/08/2023	589.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

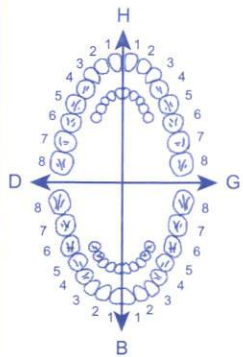
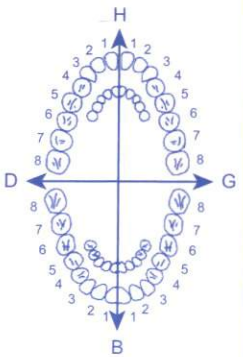
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> 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



211027074440BE

16 août 2023

BENOUHOUD MARIA

64.00 x 3

20.00 x 4

58.10 x 2

1/ ANCINE 50MG 1cp /jour

2/ SINTROM 3/4cp/jour

3/ CARDENSIEL 2.5 MG CP 1/2 cp par jour

4/ OEDES 20 MG GELULE 1 gel 1/4Heure avant
repas

TTT 3 mois

79.70

26.90

95.00

7/ AZIX 500MG : J1 1cp/j, puis 1/2cp/j jusqu'à J6

8/ VITAMINE C 1G : 1-1-0 pendant 1 semaine

9/ EXTRAMAG : 1 cp/j le matin pendant 1 mois

589.90



090063728

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309
Tél.: +212529091111/+212529092222 Fax: +212529060977/+212529060979 www.hm6.ma

PHARMACIE OULED SALEH
Dr. Mouna MAALAO
C.R Ouled Saleh, Douar Lahou
par Bouskoura - Tél: 05 22 59 63 15

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

ANCINE® 50mg
30 comprimés enrobés
LOT: 413
PER: 06/25
PPV: 64,00 DH

ANCINE® 50mg
30 comprimés enrobés
LOT: 413
PER: 06/25
PPV: 64,00 DH

ANCINE® 50mg
30 comprimés enrobés
LOT: 413
PER: 06/25
PPV: 64,00 DH

ANCINE® 50mg
30 comprimés enrobés
LOT: 411
PER: 12/24
PPV: 64,00 DH

ANCINE® 50mg
30 comprimés enrobés
LOT: 411
PER: 12/24
PPV: 64,00 DH

Vita C1000®
20 comprimés effervescent
6 118000 032076

Vita C1000®
PPV 26DH90
EXP 04/2026
LOT 33036 10

V002-01/21
ETEXMAC030CP
3 760162 579741

Date de fabrication :
A consommer de
préférence avant fin :
N° de lot :
PPC = 95,00 DHS

AZIX® 500 mg
Azithromycine
3 Comprimés sécables
6 118000 040941

PPV 79DH70
PER 05/26
LOT M1243

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés
6 118000 181187

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés
6 118000 181187

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés
6 118000 181187

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés
6 118000 181187

PPV :
Exp :
N° Lot : 20,00

PPV :
Exp :
N° Lot : 20,00

PPV :
Exp :
N° Lot : 20,00

PPV :
Exp :
N° Lot : 20,00



2300258958 / 211027074440BE

Prénom : MARIA

Nom : BENOUBOU

DDN : 06/08/1943 E: 16/08/2023

Service : EXPLORATION ADULTE (SO)



PAYANT

Sexe: F

16/08/2023 07:14:14

FC: 66 bpm

PR: --- ms

QRS: 110 ms

QT/QTc: 418/429 ms

QTcB: 438 ms

QTcF: 431 ms

Rv5-6/Sv1 : 1.14/1.11 mV

Sok-Lyon : 2.26 mV

Axe: ---/-3/100 °

RAPPORT NON CONFIRME

TA: 138/73

fc: 67

Se: 98.1

Med. :

Technicien :

Commentaires :



Dép. :

25mm/s 10mm/mV LP:25Hz AC:50Hz Cardioline ECG200S v 2.11.7693

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2308161114170710 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300258958	BENOUHOUD MARIA	16/08/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	2656	350.00
PAYANT	Total payé	350.00
TROIS CENT CINQUANTE DIMédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI		

Reçu établi par : K.GHITA



مركز المقيدين

SANS CONTACT



16/08/23

11:12:59

9900240889

92408801

HM6 EXPLORATION AD

Bouskoura

A00000000031010

APP : VISA

xxxxxxxxxxxxx7566

CARTE NATIONALE

154EA6DC7C353E0F

220-0-9999-1-44

MONTANT: 350,00 MAD

NUM TRANSACTION : 005

NUM AUTORISATION: 0H4202

STAN : 002656

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER

COPIE CLIENT