

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.

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

M22- 0054270

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07334 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Bennis Naïma

Date de naissance : 18-05-1958

Adresse : Maarif Ext.

Tél. : 0661130522 Total des frais engagés : 1477,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/11/20

Nom et prénom du malade : Bennis Naïma Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : ATCD de parent

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 : Casablanca

Le : 01/11/20

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL
MUPRAS

Autorisation 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 Règlement des Actes
01/11/23	CS - 1516		350 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL MAWLIE Angle Rue Ibnou Katir et Abou Hassan Saghi Maârif Extension Casa - Tél 0522 23 17 0	11-11-23	127,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/11/23		1000 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

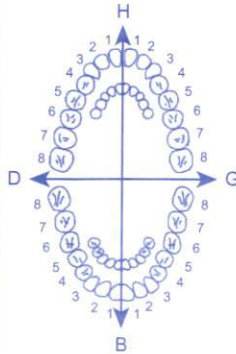
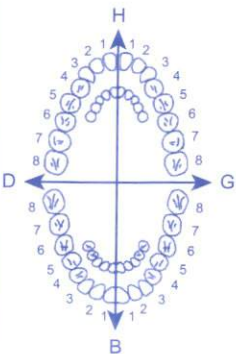
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	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

CLINIQUE BELLE VILLE

Pharmacie AL MAWLIC
Angle Rue Ibnou Katir
et Abou Hassan Saghri
Bordj Boujafer - Casablanca

1/11/2023

Mr Bouas Boune

① Cardiel 5 mg
18/11 (B/M) matin



6 118001 100873

Cardiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

7862160239

② Tact merve
28x2/1



③ Aliviar 80
28/11 (M) 15/000



391, Boulevard Ghandi - Casablanca - Maroc

Tél : +212 522 23 30 30 • Fax : +212 522 99 30 26 • GSM : +212 661 333 999

E-mail : cliniquebelleville@cliniquebelleville.com - Site web : www.cliniquebelleville.ma

Patente : 34751012 Identifiant Fiscal : 50560151 CNSS : 2832333 ICE : 002868326000095

RIB : 190780212113658163000371 - Code SWIFT : BCPO MAMC

CLINIQUE BELLE VILLE

1/3/2023

Dr. Boudia Nouna

Echocardiogramme

→ VG Normale, pas de fuite, bonne contractilité
Chambre VG = 58%

→ Infirmité mitrale type anomalies régionales

→ absence de valvulopathie régénérative

→ Bon VD - pas de fuite

→ Lésion de

→ Bon VG, pas de fuite
Bon VD - pas de fuite



Dr. Chiziane ABIDI
Spécialiste en Pathologie
89, Av. Senghor - Casablanca - Maroc
Tél : 05 22 15 15 34

391, Boulevard Ghandi - Casablanca - Maroc

Tél : +212 522 23 30 30 • Fax : +212 522 99 30 26 • GSM : +212 661 333 999

E-mail : cliniquebelleville@cliniquebelleville.com - Site web : www.cliniquebelleville.ma

Patente : 34751012 Identifiant Fiscal : 50560151 CNSS : 2832333 ICE : 002868326000095

RIB : 190780212113658163000371 - Code SWIFT : BCPO MAMC

CLINIQUE BELLE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : Mme BENNIS NAIMA
Séjour : Du 01/11/2023 au 01/11/2023

FACTURE
202305867
Du : 01/11/2023

Etablie par : M. Fatiha

Clinique

Code	Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
consultation123	CONSULTATION + ECG	1	350,00	350,00
R400	ECHOGRAPHIE DOPPLER CARDIAQUE	1	1 000,00	1 000,00
TOTAL CLINIQUE			1 350,00	

Encaissement Compte d'Autrui

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
TOTAL AUTRUI			0,00

Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I

Arrêtée la presente facture à la somme de MILLE TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS

	Patient
Total TTC	1 350,00



BENNIS, NAIMA
ID:
DOB:
yr.

1-Nov-2023 11:11:58

Vent rate: 68 BPM
PR int: 150 ms
QRS dur: 79 ms
QT/QTc: 365/383 ms
P-R-T axes: 47 38 55

SINUS RHYTHM WITH OCCASIONAL VENTRICULAR PREMATURE COMPLEXES
NORMAL ECG

UNCONFIRMED REPORT

