

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

- Reclamation : 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 Al-Bal Ben Abdellah - 6ème Etage Aile Rue Mohamed El-Bachir El-Bachir - Quartier
Cité El-Bachir - Tél : 05 22 20 41 45 (fax) : 05 22 22 76 18 - www.mupras.com



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W21-673978

199205

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 262 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : BENABABE ABDELKADER
 Date de naissance : le 1/08/1938
 Adresse : 48, Kay Amara, CH Hassan Cg
 Tél : 07 00 95 78 47 Total des frais engagés : 1350,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/03/2024

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : CH Hassan Cg Le : 18/03/2024

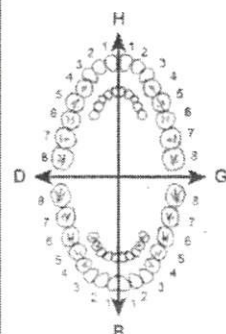
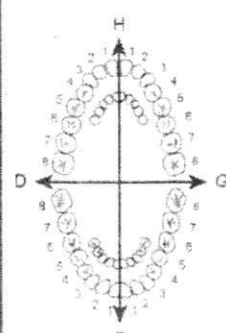
Signature de l'adhérent(e) :

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
14/03/2024		350 DH		INP : <input type="text"/>

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
	14/03/2024	Doppler coronarographique	1000 DH

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 canaux, 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</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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

CLINIQUE BELLE VILLE

le 14/2/2024

M^r Ben Arake . Abdel Kader.
Âge 86 ans.

Imm de l'otum : Evaluation Peranesthésique pour
une chirurgie du Pancréas

- Xc my dilaté (DTD = 47mm), de durée fraction
Général globale et générale. Il est en mesure de
SBL à 68%.
- Bouche et gorge de 11 mm my obstructif.
- 00 my dilaté.
- P2V4 indolentes
- Ps de V4 Cœur patte antérieure
- Artère aorte à 33mm.
- Ps de V4 Cœur patte antérieure
- IP mineur physiologique → Ps d'150R
- Cœur d'11 mm my dilaté
- 10 de durée fraction Générale 5'13
- VCI my dilaté. Pas de VCI



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

CL

Beaucoup d'organes touchés

Pou = 60%

- Ps d'IDAE

- Ps de Vascularisation

- Bon VJ.

Dr. ZAKI SIHAM
Spécialiste des Maladies du Cœur
et des Vaisseaux
27 Ghannouchi Mall - 69
Tél: 03 22 23 83 93
Fax: 03 22 23 83 93

CLINIQUE BELLE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : M. BENARABE ABDELKADER
Séjour : Du 14/03/2024 au 14/03/2024

FACTURE
202401018
Du : 14/03/2024

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

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

	Patient
Total TTC	1 350,00



NOM: Benarab
PRENOM: Abdelkader
ID:
DDN:
Age: ans
Sex:

14-Mar-2024 10:45:29

Fréq. Card.: 76 BPM
Int PR: 105 ms
Dur. QRS: 106 ms
QT/QTc: 407/438 ms
Axes P-R-T: 49 -25 7

149/80
12-8/62

