

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

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° P19- 044776/2520

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02520 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AMADOU MOSTAPHA

Date de naissance : 24/09/1954

Adresse : 62 RUE IBRAHIM NAFIS HAARF

Tél. : 0678588384 Total des frais engagés : 1864 + 300 DA Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/11/2020

Nom et prénom du malade : KHAYANE AMADOU RACHID Age :

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 : 09/11/2020 Le : 09/11/2020

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
3/11/2020		9	3000	Dr. Chadia BENGHIROUN 63, Bd d'Anfa, Angles Rue Washington - Casablanca Tél: 0522 29 33 49 / 0522 29 41 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
VITA PARA & HANNA FAX: 05 22 98 43 63 pharmacie.vita@gmail.com 163, Bd Ibrahim Roudas Val Fleuri, Mezzid - CAS	3/11/2020	864,00

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	

PPV 149DH20
PER 05/23
LOT J1292

PPV 149DH20
PER 06/23
LOT J1717

PPV 149
PER 03/
LOT J75

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant :

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, et

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				CCEFFICIENT DES TRAV MONTANT DES SOINS DEBUT D'EXECUT FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													

PPV :
Exp :
N° Lot :

PPV :
Exp :
N° Lot :

AXIMYCINE® 14 comprimés d

PPV 64DH10 LOT 9N00 EXP 12/2

AXIMYCINE® 14 comprimés d

PPV 64DH10 LOT 9N00 EXP 12/2

PPV 150DH80
PER 12/22
LOT 12758
S1

PPV 1
PER
LOT

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV 149DH20
PER 05/23
LOT J1292

PPV 149DH20
PER 06/23
LOT J1717

PPV 149DH20
PER 03/23
LOT J752

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant le

Important :

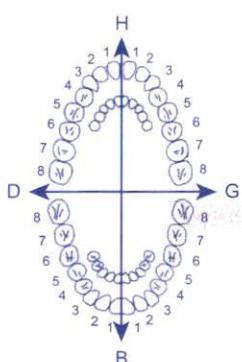
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, et

97.70

97.70

30.00

30.00

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			

COEFFICIENT
DES TRAV

MONTANT
DES SOINS

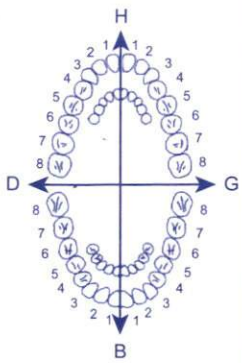
DEBUT
D'EXECUT

FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

COEFFICIENT



H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonc
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à l

AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles

PPV 64DH10

LOT 9N004 3
EXP 12/2021

AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles

PPV 64DH10

LOT 9N004 3
EXP 12/2021

PPV 15DH80
PER 12/22
LOT 12758
S1

PPV 15DH80
PER 02/23
LOT J402

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Dr Chadia BENCHEQROUN

Cardiologue

Ancienne externe des hôpitaux de Paris

Ancienne interne des hôpitaux de Bordeaux

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

CES des maladies du cœur et vaisseaux

Diplômée d'écho-doppler cardiaque et vasculaire

Membre de la Société Française de Cardiologie

Filiale Pédiatrique et Filiale d'Echocardiographie

7^{me} KHAYAR et ANADOU
RACHIDA

31/11/2020

149,20x3 1/2 PRELAR 100mg



1/4 l'6 Rehi

— f₁ 37mg

97,70x2 7/8 - ANEL 500



2cc 1/6 Rehi

— f₁ 37mg

30,60x2 31 - ESDONEX 2500



1/4 l'6 Rehi

— f₁ 37mg

64,10x2 41 - AX:MYLITE 16



2cc 6 3 l'6 (n n: 1/5)

— 25mg 1/4

15,80x2 51 - DOLIPRANE 16



2cc 4 3 l'6 (n n: 1/5)

— 25mg

864,00

VITA

Pharmacie VITA - CARLAU
Tél: 05 22 29 43 63
Fax: 05 22 29 43 63
Pharmacie VITA
463, Bd Brahm
Val Fleuri Mar

المكتورة شادية بنشقر
Dr. Chadia BENCHEQROUN
CARDIOLOGUE
63, Bd d'Anfa, Angle Rue Washington - Casablanca
Tél/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71

63, Boulevard d'Anfa, Angle Rue Washington - casablanca

Tél/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Dr BENCHEQROUN Chadia

Cardiologue

NOM : KHAYAR AMADOU
PRENOM : RACHIDA
AGE : 57 ANS
DATE : 03/11/2020

COMPTE-RENDU D'ELECTROCARDIOGRAMME

- Rythme cardiaque sinusal à 61 B/mn.
- Espace PR normal.
- Axe de QRS à + 4 degrés.
- Pas de trouble de la repolarisation.
- Pas d'hypertrophie ventriculaire gauche.
- Pas d'extrasystole.

CONCLUSION : - TRACE NORMAL.

الدكتورة شادية بنشقر
Dr. Chadia BENCHEQROUN
CARDIOLOGUE
63, Bd d'Anfa, Angle Rue Washington - Casablanca
Tél/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71

65/min 10 mm/mV

Ma 03-NOV-20 11:07:35



25 mm/s

0.05-35Hz F50

DR BENCHEQROUN Chadia

AT-102 1.37 Mm

36.582

Age:
 M / F
 cm / kg

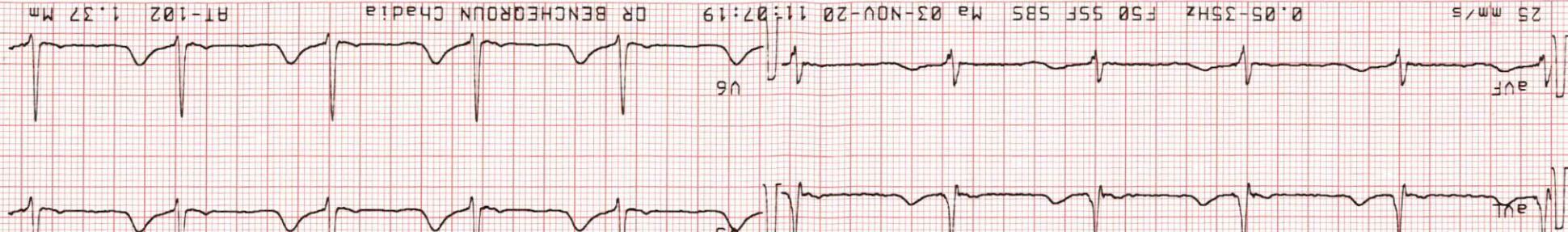
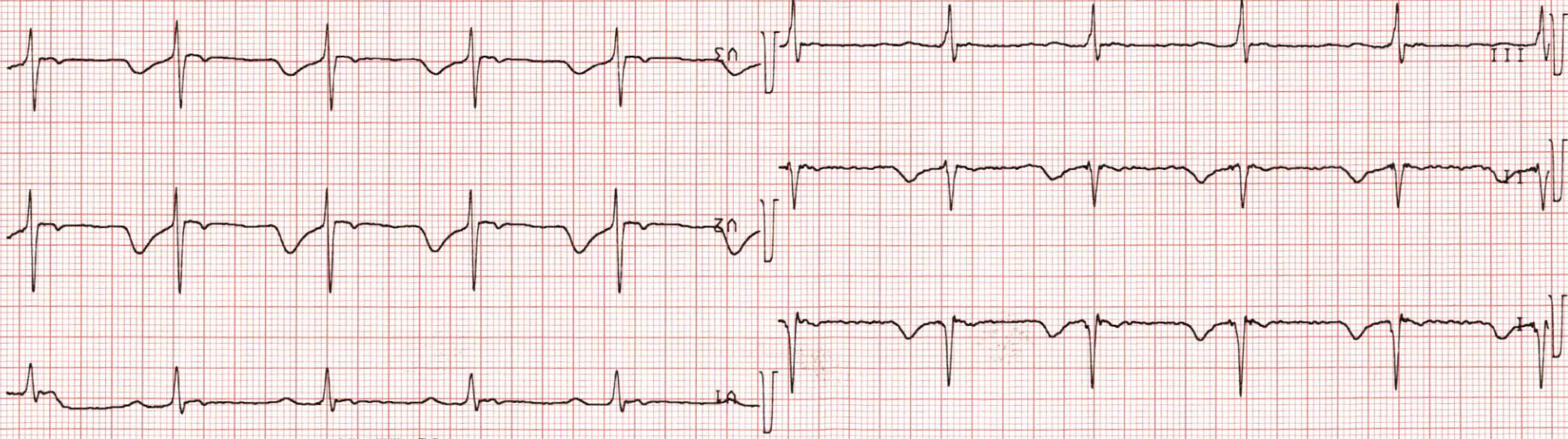
FC: 61/min

Axes: P -22°
 QRS 4°
 T 24°

Intervals: RR 984 ms
 P 144 ms
 PQ 158 ms
 QRS 92 ms
 QT 412 ms
 QTc 416 ms
 P (II) -0.06 mV
 S (V1) -0.55 mV
 R (V5) 1.45 mV
 Sokol. 2.20 mV

10 mm/mV

10 mm/mV



25 mm/s

0.05-35Hz F50 55F 585 Ma 03-NOV-20 11:07:19

DR BENCHEQROUN Chadia

AT-102

1.37 Mm

36582