

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Étage 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° W21-772142

152079

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1368 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : TAZGUI L HOU  
 Date de naissance : 30/06/1948  
 Adresse : 31 Rue 9 Attadamon (CERAM) OULFA Casa  
 Tél. : 340632803014 Total des frais engagés : 999,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mehdi BENJELLOUN  
CARDIOLOGUE  
Rue 2 N°41 - 1er Étage BP Chahdia - El Oulfa  
Tél : 05 22 06 04 72 39 14  
N°PE : 51170570

Date de consultation : 27/12/2022

Nom et prénom du malade : TAZGUI L HOU Age :

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

Nature de la maladie : HYPERTENSION

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 : Casa Le : 13/03/23

Signature de l'adhérent(e) : TAZG

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 Paiement des Actes
27/04/20	est ECG		150,00 100,00	INP : [Signature] Dr. [Signature] CARDIOLOGUE 1er Etage HP Chandia - E Rue 2, N° 6 - 291 07 62 - 06 04 72 05 291 07 62 - 06 04 72 91170670

Chandia - E

**CARDIOLOGUE**

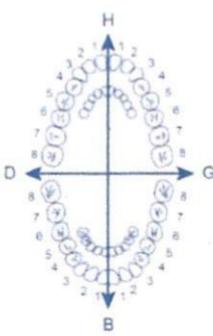
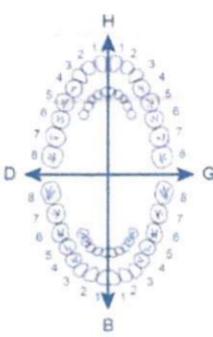
Rue 2.N°6 - 1er Etage BP Ghahdia - El Oulfa  
Tel : 05 291 07 62 - 06 04 72 39 14  
INPE : 91170670

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Dispensaire	Date	Montant de la Facture
<p><b>RESIDENCE ANNAM</b></p> <p><b>GUERRAULT</b></p> <p>Pharmacie</p> <p>Porteur en Pharmacie</p> <p>Residence Annam Oulfa</p> <p>922.53.49.09 - Casablanca</p>	27.12.22	747,00

**PHARMACE RESIDENCE ANNAIM**  
 GUERRAOU  
 Pharmacie  
 4, Résidence Anaim Oulfa  
 Tél: 922.89.49.09 - Casablanca

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>				
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p><b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.</p>				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>
				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>
				DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>
				FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H  25533412  00000000  D —————  00000000  35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H  21433552  00000000  ————— G  00000000  11433553  B </div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>	
			DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>	
			DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.**

INP: | | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Mehdi BENJELLOUN**

Spécialiste des maladies  
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون  
إختصاصي في أمراض القلب  
والشرايين

Casablanca, le : .....  
27/12/2022

Nom et Prénom : .....

**TAZGUI Lhou**

**COSTAL 20**



1 comprimé le soir, pendant 3 mois

99,00 x3  
297,00

**KARDEGIC 75**



1 sachet à midi après le repas, pendant 3 mois

30,70 x3  
92,1

**CARDIX OU XEDILOL 6.25**



1/2 comprimé, 3 fois par jour, pendant 3 mois

44,00 x3 = 132  
+ 41,90  
173,90

**COVERSYL 5 MG**



1/2 comprimé le matin, pendant 3 mois

92,00 x2  
184,00

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM  
Sidi Anaim  
Rue 2 N° 61 - 1er Etage - Rp chhdia - EL Oulfa  
Tél : 022.91.07.62 - 0604.72.39.14

Dr. Mehdi BENJELLOUN  
CARDIOLOGUE  
Rue 2 N° 61 - 1er Etage - Rp chhdia - EL Oulfa  
Tél : 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14  
INPE : 64170670

T = 747,00

PER:03 2024

LOT : 22E005

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



PER:04 2024

LOT : 22E006

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



PER:06 2024

LOT : 22E007

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



**COVERSYL®**

Perindopril arginine  
Comprimés pelliculés sécables

**5 mg**



9200

**COVERSYL®**

Perindopril arginine  
Comprimés pelliculés sécables

**5 mg**



9200

LOT : 220583

EXP : 03/2025

PPV : 99,00DH

:a.N LOT

**COSTAL® 20 mg**

Atorvastatine (DCI)  
30 Comprimés pelliculés



LOT : 220582

EXP : 05/2025

PPV : 99,00DH

:a.N LOT

**COSTAL® 20 mg**

Atorvastatine (DCI)  
30 Comprimés pelliculés



LOT : 211384

EXP : 09/2024

PPV : 99,00 DH

:a.N LOT

**COSTAL® 20 mg**

Atorvastatine (DCI)  
30 Comprimés pelliculés



**CARDIX® 6,25mg**

28 Comprimés ○



6 118000 050568

LOT : 198  
PER : AVR 2025  
PPV : 44 DH 00

**CARDIX® 6,25mg**

28 Comprimés ○



6 118000 050568

Pharmaceutical Institute  
R.S. 203 CHIMAZIA Région Rabat  
LOT : 198  
PER : JUL 2025  
PPV : 44 DH 00

**CARDIX® 6,25mg**

28 Comprimés ○



6 118000 050568

LOT : 198  
PER : AVR 2025  
PPV : 44 DH 00

**CARDIX® 6,25mg**

28 Comprimés ○



6 118000 050568

LOT : 196  
PER : AVR 2025  
PPV : 44 DH 00

ID:  
D-naiss:

27-Déc-2022 15:37:56 Fréq. Card.: 66 BPM  
Axes P-R-T: 58 -67 60 Int PR: 153ms  
Dur.QRS: 144ms QT/QTc: 450/463ms

27-Déc-2022 15:37:56

Dr. Mehdi BENJELLOUN  
CARDIOLOGUE  
Rue 2 N° 61 1er Étage BP Chahdia El Oulfa  
T.I. 05 22 91 02 62 - 06 04 72 39 11  
INPE: 91170670

Handwritten signature and notes in Arabic script.

