

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 Alal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal 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° W21-814455

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3302 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : Benjelloun DRIS 173582

Date de naissance :

Adresse : HAYAL WALHA TR 18 SECT 02
SIDIMOU MEN CASA

Tél : 0674273069 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Mohamed ALAOUI
Cardiologue
20, Rue France Ville - Oasis
Tél: 0522 98 07 06

Date de consultation : 15/08/2023

Nom et prénom du malade : BENJELLOUN DRIS Age:

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

Nature de la maladie : Infection pulmonaire

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 : 15/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

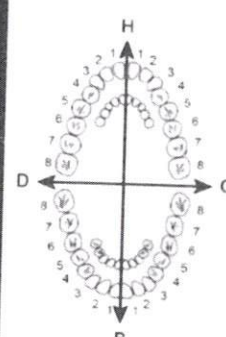
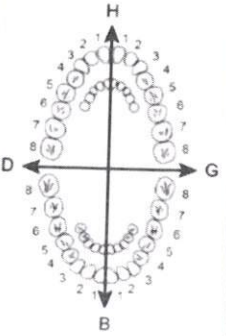
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
15/08/23	Card			INP : 
Dr. Mohamed Allaloui Cardiologue 10, Rue France Ville - Oasis Casa - Tel: 0522 98 07 06				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/08/23	1532,20

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

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 canalaire, 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			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"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Ther... nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE



CASA - OASIS

مصلحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس

CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis

Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle

Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique

Coro-Scanner / 128 barrettes

الدكتور محمد علاوي

Dr. Mohamed ALLAOUI

CARDIOLOGUE

DES de Cardiologie
et

Pathologie Vasculaire
de la Faculté
de

Médecine de PARIS

Ancien Interne
des

Hôpitaux de NANCY

Membre de la Société
Française de Cardiologie

15/08/23 Mr. Benjelloun Dr. ss

44,80

Sept

80,00 x 3

Ex

83,10 x 3

Pr

295,00 x 3

Do

24,40 x 3

Cardioactive pinc

ly

15/08/23
Nb 5186 3bt

15/08/23
Nb 5186 3bt

15/08/23
Nb 5186 3bt

Tratant
de 03mes

T 1532,20

Dr. Mohamed ALLAOUI
Cardiologue
20, Rue France Ville - Oasis
Casa - Tel: 0522 98 07 06

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
CASA - OASIS
Rue de France Ville
Tél: 0522 98 07 06

20, Rue France Ville - Oasis - CASABLANCA 20000 الدار البيضاء - وازيس - 20

Tél. : 05 22 98 75 75 / 05 22 98 07 06 / 05 22 99 49 72 - Fax : 05 22 98 83 25 - GSM : 06 72 29 45 14 - 06 72 29 47 13 - 06 72 29 48 72

E-mail : clinique_cardiologique@hotmail.com - Patente : 34788311 - C.N.S.S : 7379622 - I.F. : 01006967 - I.C.E : 001750502000084

N° Cpte : 190 780 21211 430 4969 0009 74 Banque Centrale Populaire - Casablanca

EXP :
Lot N°
PPV

EXP :
Lot N°
PPV

EXP :
Lot N°
PPV

80,00

80,00

80,00

LOT 0202828
EXP 05/25
PPV 83DH10

SDAL
LOT 0202828
EXP 05/25
PPV 83DH10

SDAL
LOT 0202828
EXP 05/25
PPV 83DH10

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

SEPCEN 500 mg
ciprofloxacine
10 comprimés pelliculés
6 118000 230182

PRISDAL 1 mg
30 comprimés pelliculés
6 118001 250950

PRISDAL 1 mg
30 comprimés pelliculés
6 118001 250950

PRISDAL 1 mg
30 comprimés pelliculés
6 118001 250950

EXIDEP 5 mg
Escitalopram
30 Comprimés enrobés
PROMOPHARM S.A.
6 118000 242475

EXIDEP 5 mg
Escitalopram
30 Comprimés enrobés
PROMOPHARM S.A.
6 118000 242475

EXIDEP 5 mg
Escitalopram
30 Comprimés enrobés
PROMOPHARM S.A.
6 118000 242475

DOPEZIL RANBAXY 5 mg
Boîte de 28
Comprimés Pelliculés
Voie orale
6 118001 300129

DOPEZIL RANBAXY 5 mg
Boîte de 28
Comprimés Pelliculés
Voie orale
6 118001 300129

DOPEZIL RANBAXY 5 mg
Boîte de 28
Comprimés Pelliculés
Voie orale
6 118001 300129

REV

PPV : 295 DH 00

PPV : 295 DH 00