

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'El
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

M23-012346

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11819 Société : JSM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mr Benjelloun Bekha Saad

Date de naissance : 01.04.1954

Adresse : Rm 417

Tél. : 0678025601 Total des frais engagés : 1685 f Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur A. I. BERRADA
Cabinet de Cardiologie
Patente : 5109667
CNSS : N° Aff. : 1300251
Autorisation d'Exercice : 7073 / 1986
JGR : 3453740

Date de consultation : / / JGR : 3453740

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Cardiopathie HTA

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 11/07/2023

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
15.09.23			gub	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE DE LA MARNE</p> <p>42, Rue Patrice Lumumba</p> <p>Tel : 0537 76 42 57</p> <p>NPE : 102037744</p>	15.09.23	1083.80

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Allal BERRADA

Spécialiste des maladies du coeur
et des vaisseaux

Ancien Professeur à la Faculté
de Médecine de Rabat

Cabinet de cardiologie et d'explorations
cardiovasculaires

INP 101032860

SUR RENDEZ-VOUS

الدكتور علال برادة

أستاذ (سابق)

بكلية الطب بالرباط

اختصاصي في أمراض القلب

و الشرايين

بالميعاد

Rabat, le : 15-08-2023
الرباط، في

Mr BENJELLOUN DAKHAMA Saad

185. 20 x 3 = 555. 60

- Suliat HCT 160/5/25mg

1c/j

58.10

- Cardensiel 5mg

1c / j

44.70

- Diamicron 60mg

1c/j

27.70 x 3 = 83.10

- Cardioaspirine 100mg

1c/j

114.10 x 3 = 342.30

- Crestor 5mg

1c/j

= 1083.80

TR de 03 mois

PHARMACIE DE LA MAHNE
42, Rue Prince Luitpold
RABAT
INPE: 10203774

Professeur Allal BERRADA
Cabinet de Cardiologie
Patente: 25109667
CNSS : N° Affiliation : 1300251
Autorisation d'Exercice : 7073 / 1986
IGR : 34053740

عمارة مولاي اسماعيل - زاوية سوسة و شارع مولاي سليمان - الرباط - الرباط

Résidence Moulay Ismail - Entrée "C" - Angle Rue Soussa et Av. Moulay Slimane (en face Wilaya) - Rabat.

Tél. : Cab. : 05 37 70 88 11 / 05 37 70 88 33 - الهاتف : العيادة : Fax. : 05 37 72 01 96 : الفاكس

E-mail : aberrada01@gmail.com - Urgences : Clinique Agdal - Rabat : 05 37 77 22 22 / 05 37 77 53 44 / 05 37 77 77 77

عن طريق الفم

28

160 mg / 5 mg / 25 mg

25

160

SULIAT® HCT
160 mg / 5 mg / 25 mg
28 comprimés pelliculés



501307 b

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



↓
x3 Ged

185,20 ⇒ x3 Ged

سوليات

قلازين / الميديتين / هيدروكلوريد



افريك-فار
AFRIC-PHAR

44,70

242600030-02



CRESTOR[®]
rosuvastatine

5 mg


**30 comprimés
pelliculés**

Voie Orale

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH

6 118001 183104

AstraZeneca 



CRESTOR[®]
rosuvastatine

5 mg

**30 comprimés
pelliculés**

Voie Orale

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH



AstraZeneca 



CRESTOR[®]
rosuvastatine

5 mg

**30 comprimés
pelliculés**

Voie Orale

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH

6 118001 183104

AstraZeneca 

Médicament soumis à une surveillance particulière pendant le traitement.
Médicament soumis à prescription initiale réservée aux spécialistes en cardiologie et en médecine interne.

دواء خاضع لمراقبة خاصة أثناء العلاج
دواء خاضع لوصف أولي خاص للمختصين في أمراض القلب والطب الباطني

Respecter les doses prescrites
يجب التقيد بالجرعات الموصوفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance
القائمة I - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



CARDENSIEL + GROSSESSE = DANGER
كاردنسيال + الحمل = خطر

Ne pas utiliser chez :
- l'adolescente ou la femme en
âge de procréer et sans
contraception efficace
- la femme enceinte
sauf en l'absence d'alternative
thérapeutique

لا يستخدم لدى:
- المراهقات أو النساء في سن
الإنجاب دون استخدام وسائل
منع الحمل الفعالة
- المرأة الحامل إلا في حالة عدم
وجود بديل علاجي



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

7862160239



09/2027
601REB
10/2022

Exp.:
Lot:
Fab.: