

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

M23-004897

191505

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 630 Société : RATM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : HAJIL MOHAMED  
 Date de naissance : 01-01-1974  
 Adresse : CHERAM IM. 80 APPT 1 OULFA CASA  
 Tél. 06.70.98.62.00 Total des frais engagés : 1356,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/01/2024  
 Nom et prénom du malade : HAJIL MOHAMED Age : 80  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : ALD ALC Pathologie :  
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC  
 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 : 18/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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
18/07/94	EKG ECG		200,- 100,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>PHARMACIE SOUFIANE</b>            Groupe K, Rue 154 n° 23/25            EL Oulfa - Casablanca            Tél. : 05 22 89 09 63            I.C.E : 000500246000026  <b>INPE : 092054428</b></p>	18-01-2024	T= 1056,20 dhs

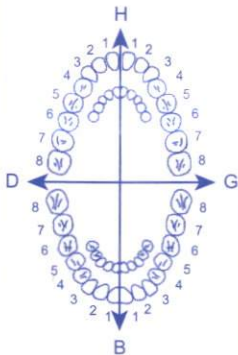
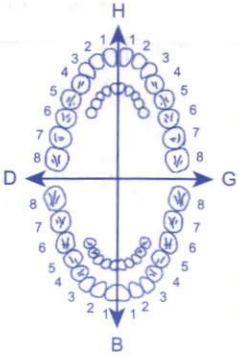
[illegible][illegible]

## 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															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">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																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

Coefficient des Travaux	
Montants des Soins	
Date du Devis	
Date de l'exécution	

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

PHARMACIE SOUFIANE  
Rue 154 N° 23/25  
EL Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 89 09 63  
I.C.E : 000500246000026

Nom et Prénom

Casablanca, le : .....18/01/2024....

HAJIL Mohamed

INPE : 092054428

TAREG 80

1 comprimé, matin et soir, pendant 3 mois

CALCINIB 5

1 comprimé le soir, pendant 3 mois

(S.V.) 131,50 x 6

(S.V.) 49,40 x 3

(S.V.) 119,00

LOT: 106  
PER: FEV 2026  
PPV: 49 DH 40

LOT: 106  
PER: FEV 2026  
PPV: 49 DH 40

LOT: 106  
PER: FEV 2026  
PPV: 49 DH 40

Dr. Mehdi BENJELLOUN  
Rue N° 61 - 1er Etage - Rp Chahdia - El Oulfa  
Tél: 05 22 89 09 63  
INPE: 91170670

P.P.C 119 DH  
Lot: D802/23  
Duro: 02/26

+ = 105620



6118001030316

TAREG 80 mg ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH



6118001030316

TAREG 80 mg ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH



6118001030316

TAREG 80 mg ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH



6118001030316

TAREG 80 mg ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH



6118001030316

TAREG 80 mg ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH



6118001030316

TAREG 80 mg ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH

هدية - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 - البريد الإلكتروني : drmehdibenjelloun@gmail.com

Rue 2, N° 61 - 1er Etage - Rp chhdia - EL Oulfa - Casablanca - Tél : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 E-mail



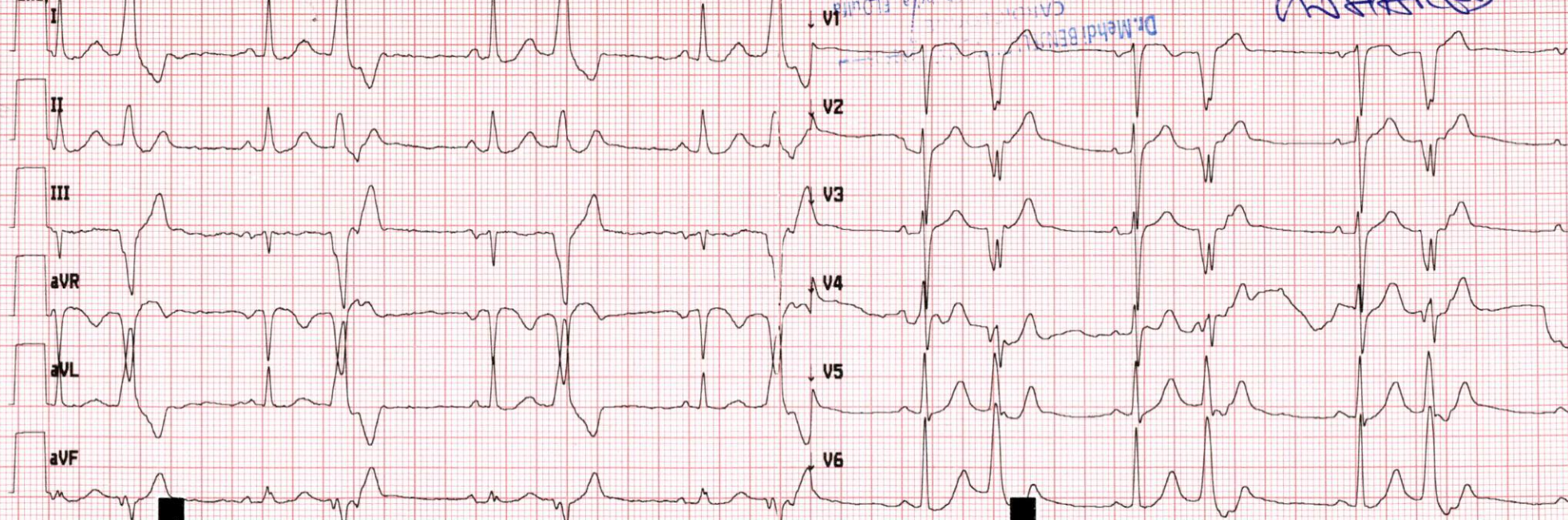
ID:  
D-naiss:  
ans,

71.447  
18-Jan-2024 11:21:17 Fréq. Card.: 86 BPM  
Axes P-R-T: 28 12 39 Int PR: 149ms  
Dur.QRS: 98ms QT/QTc: 349/392ms

18-Jan-2024 11:21:17

~~Dr. Mehdi BENJELLOUN  
Rue 2 N°61 - Téléphone: 06 70 16 22 58  
Tel: 05 22 91 07 07 - 06 70 16 22 39 14  
01 90 21 06 70~~

*Handwritten signature*



114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site \* 0 App.\* 0

Version 2.0.3.5 Séquence #33564 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz