

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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 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



Déclaration de Maladie

M23- N° 0035903

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05488 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENBOUHIA Mohamed 902769

Date de naissance : 30/05/1966

Adresse : A. H. 1341, 60 DA

Tél. : 06 61 61 27 23 Total des frais engagés : 1341,60 DA Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/04/2023

Nom et prénom du malade : BENBOUHIA Delia Age :

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

Nature de la maladie : Coronaropathie - H.T.A - Diabète

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 : Casablanca le 22/04/2023

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

PR4FR05/V2/20-10-2023

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
18/04/24		56	300	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourche	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AGEL CHARAF Dr. Bouchara TAoudi Coopérative Ach-charaf N°DM2 Hay Inara Haddaouia Casablanca Tél.: 05 22 21 64 09	18/04/24	1041,60

# 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
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

18/04/24

BENBOUHA MOHAMED

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

27,70  
Cardiopurine 100 →

7.5

167,00 1cpj midi

Crestor 10 →

7.5

269,00 1cpj - soir

Coveram 10/5 →

7.5

65,70 1cpj

Biprolol 10 →

7.5

419,00 1cpj

Fozigal 10 →

7.5

43,70 1cpj midi

Zyloric 100 →

7.5

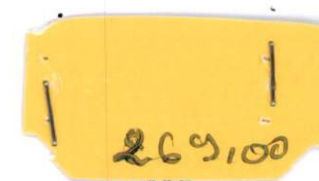
1cpj soir

Edac 20 → 1cpj

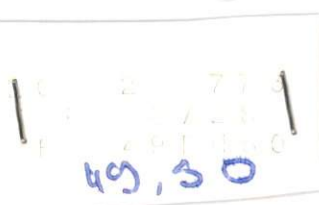
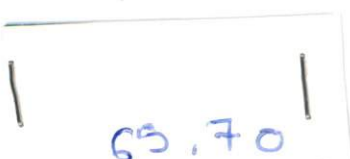
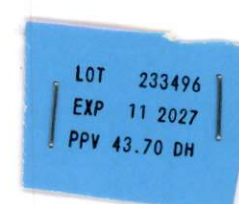
49,50 Mononitil 20 → 1cpj 2l

7.5

1041,60  
M 6 mois



PHARMACIE ACH-CHARAF  
Dr. Bouchra TAOUDI  
Coopérative Ach-charaf N°DM2  
Hay Inara Haddaouia-Casablanca  
Tél.: 05 22 21 64 09



CLINIQUE CARDIOLOGIQUE  
CASA - OASIS  
20, Rue de France Ville Oasis - Casablanca  
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

Dr. Mohamed ALLAOUI  
CLINIQUE CARDIOLOGIQUE  
CASA - OASIS  
20, Rue de France Ville Oasis - Casablanca  
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25



مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس  
**CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis**  
Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle  
Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique  
**Coro-Scanner / 128 barrettes**

Casablanca, le 18 Avril 2024

Mr BENBOUHIA Mohamed

FACTURE N° 001301/2024

2

Date	Désignation	QT	Montant
18/04/2024	Consultation Cardiologique+ECG	1	300,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
			300,00

Arrêtée la présent facture à la somme de :  
Trois Cents dirhams (300,00 dhs)

20, Rue de France Ville Oasis - Casa  
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25  
CLINIQUE CARDIOLOGIQUE  
CASA - OASIS  
Mohamed BENBOUHIA

20, Rue de France Ville Oasis - Casa  
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25  
CLINIQUE CARDIOLOGIQUE  
CASA - OASIS

ID:  
D-naiss  
ans,

KEN BOUKHA

18-Avr-2024 14:05:16

Fréq. Card. 62 BPM  
Int PR: 186 ms  
Dur. QRS 94 ms  
QT/QTc 393/398 ms  
Axes P-R-T 11 -18 0

T

153/82

Dr. ALAOU Mohamed  
Cardiologue  
20 rue de la Casbah - Cas  
Tél: 0522 98 83 75

