

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Diagnostique 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'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° P19- 049968

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 630 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : HAJIL MOHAMED  
 Date de naissance : 01-01-1944  
 Adresse : CHERAM ENDA RUE 1 ART. 1 AULFA  
 Tél. : 06 70 98 62 00 Total des frais engagés : 533,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Mehdi SENJELLOUN  
CARDIOLOGUE  
Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chahdia - El Oulfa  
Tél : 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14  
INPE 91170670

Date de consultation : 29/07/2021  
 Nom et prénom du malade : HAJIL MOHAMED Age : 77  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : HTA  
 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 : 29/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



# 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
29/07/21	EST ELC		150,00 100,00	Dr. SENJELLOUN Rue 2, N° 51 - 1er Etage RP Chandra - El Oulfa Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14 INPE: 91170570

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOUCIANE C/du 154 EL 23/25 El Oulfa - 59530 Subianca Tél: 05 42 58 99 55 ICE: 000500000000000000	29/07/21	383,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

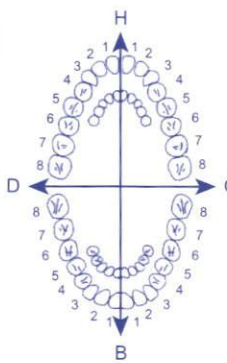
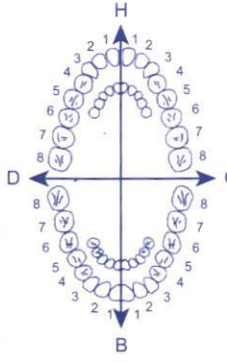
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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

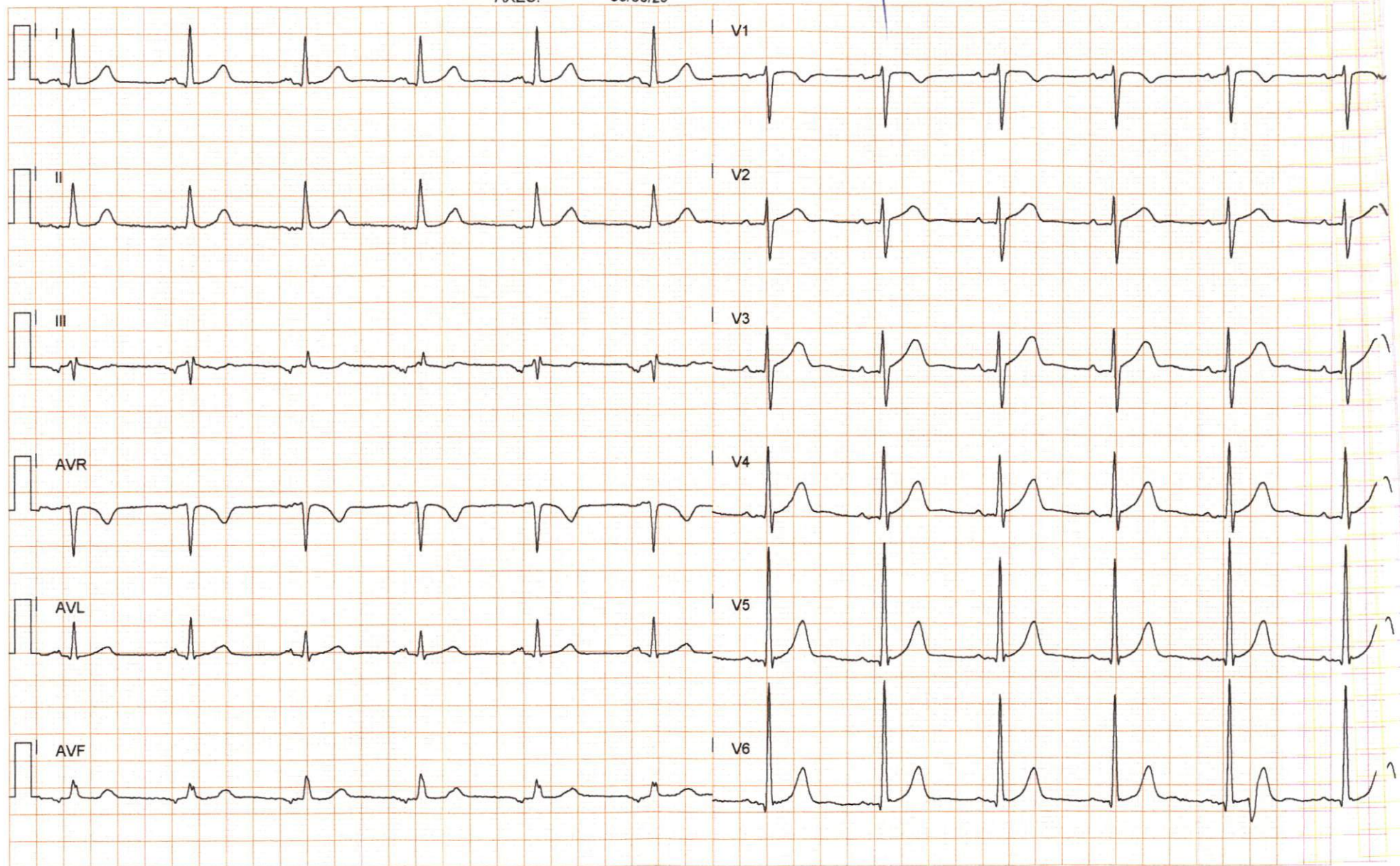


TAILLE: --- cm POIDS: --- kg TA: ---/---  
TRAITEMENT:  
OPÉRATEUR:  
NOTES:

PR: 162 ms  
QRSd: 84 ms  
QT/QTc: 382/399 ms  
QTcB: 412 ms  
QTcF: 402 ms  
R v5-6 / S v1 2,16/1,02 mV  
Sok-Lyon: 3,17 mV  
AXES: -38/30/29 °

الدكتور مهدي بعلون  
Mehdi BELLOUN  
CARDIOLOGUE  
Rue 2, N°61  
Tel: 05 22 91 67 62 - 06 04 72 39 14  
INPE: 91170670

NO H A H 57



**Dr. Mehdi BENJELLOUN**  
Spécialiste des Maladies  
du Cœur et des Vaisseaux



**الدكتور مهدي بنجلون**  
إختصاصي في أمراض القلب  
والشرايين

Casablanca, le :

29/07/2021

Nom et Prénom :

**HAJIL Mohamed**

127,70 x 3

**ATACAND 8**

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

T: 383,10

**SYNTHEMEDIC**

22 rue souheir benou al aouam roches  
noires casablanca  
ATACAND

8 mg Cpr séc  
Bte de 30

139/16 DMP/21/NRQ P.P.V.: 127,70 DH  
6 118001 020539

**SYNTHEMEDIC**

22 rue souheir benou al aouam roches  
noires casablanca  
ATACAND

8 mg Cpr séc  
Bte de 30

139/16 DMP/21/NRQ P.P.V.: 127,70 DH  
6 118001 020539

**SYNTHEMEDIC**

22 rue souheir benou al aouam roches  
noires casablanca  
ATACAND

8 mg Cpr séc  
Bte de 30

139/16 DMP/21/NRQ P.P.V.: 127,70 DH  
6 118001 020539

**PHARMACIE SOUFIANE**  
Groupe K - Casablanca  
EL Oulfa - Casablanca  
Tél: 05 22 09 09 03  
I.C.E.: 0005004460000

**Dr. Mehdi BENJELLOUN**  
الدكتور مهدي بنجلون  
Rue 2, N° 61 - 1er Etage - Rp Chhdia - EL Oulfa  
T: 05 22 09 09 03 - 06 04 72 39 14  
INP: 91170670