

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.

Educations :

- 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.

Prothèse :

- 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

- Déclaration : contact@mupras.com
- Mise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

Siège : 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- 047545

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 137 Société : RAM 11219

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre : Retraite

Nom & Prénom : Maach Mohamed

Date de naissance : 02-04-1945

Adresse : 41 Blvd Hay Fatah Lot Habiba Oulfa Casablanca

Tél : 0676 24 89 61 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/09/2022

Nom et prénom du malade : Mme Naji Sadia Age : 73 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HSA

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 24-09-2022 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
03/12	CCF ECG		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/03/2020	1648,20

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'OD

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 CCEFFICIENT 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																
			MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

Dr. Mehdi BENJELLOUN

Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux

Cabinet de Cardiologie



الدكتور مهدي بنجلون

إختصاصي في أمراض القلب

والشرايين

عيادة أمراض القلب

Le :

23/03/2022

PPV: 96DH00
PER: 04/24
LOT: K3638-1

NAJI Saadia

PPV: 96DH00
PER: 04/24
LOT: K3638-1

PPV: 96DH00
PER: 04/24
LOT: K3638-1

PRAZOL 20

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

CARBOLINE

1 comprimé, matin

VITANEVRIL FOI

1 comprimé, 3 fois

HEPANAT

1 comprimé, matin et soir, pendant 3 mois

PREZAR 100

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

CRESTOR 5

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

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

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

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

CARBOLINE CP BTE 30
PPC: 75.00
Lot: D330N
Ut Av 11/2024
IPHADERM

CARBOLINE CP BTE 30
PPC: 75.00
Lot: D330N
Ut Av 11/2024
IPHADERM

CARBOLINE CP BTE 30
PPC: 75.00
Lot: D330N
Ut Av 11/2024
IPHADERM

68,60 DH
07/2024
Via de
17/2024

68,60 DH
07/2024
Via de
17/2024

PPV:138DH10
PER:12/24

PPV:138DH10
PER:12/24
LOT: K3609

PPV: 138DH10
PER: 10/24
LOT: K2604

drmehdibenjelloun@gmail

Rue 2, N° 61 - 1er Etage

زفقه 2, رقم 61 - الطابق الأول - مدار الشهيدة - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.91.07.62

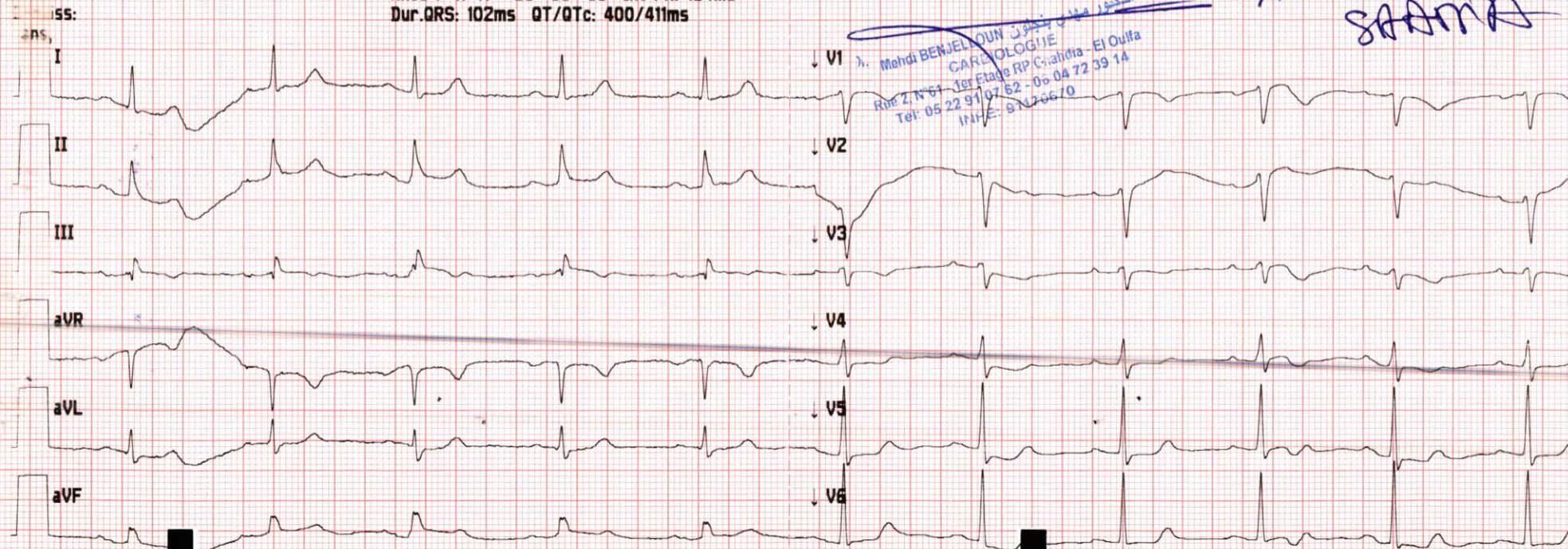
Enca - Tél : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 E-mail : drmehdibenjelloun@gmail.com

23-Mar-2022 14:02:36 Fréq. Card.: 65 BPM
Axes P-R-T: 30 50 55 Int PR: 184ms
Dur.QRS: 102ms QT/QTc: 400/411ms

23-Mar-2022 14:02:36

70.557

NATI
SAAMA



114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site # 0 App.# 0

Version 2.0.3.5 Séquence 22880 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz