

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 canaux, 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 canaux.

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-709646

124375

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1368

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

LHOU TAZGUI

Date de naissance :

30/06/1948

Adresse :

31, RUE 9 HAY ATTADAMOUN (CHERAM)
OULFA CASABLANCA

Tél :

0632805014

Total des frais engagés :

1036,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

10/05/2012

Nom et prénom du malade :

TAZGUI Lhou

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

CARDIOPATHIE

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 :

ASA

Le :

28/05/2012

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
10/12/12	CSG ECG		25000	

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du pharmacien ou du dispensaire	Montant de la Facture
PHARMACIE RESISTANCE ANTI Sihani CUIF 138011 Droguerie en Pharmacie Résidence Anaim Ouilba 22 89 43 09 - Casablanca 050293	Date: 10/05/22 Montant: 786.80 DH

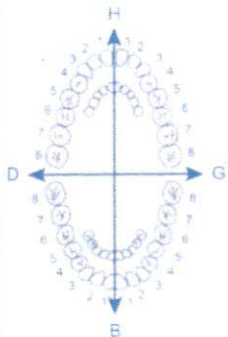
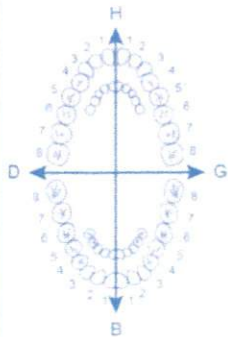
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique 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	INP :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

10/05/2022

TAZGUI Lhou

30.70x4

KARDEGIC 75

1 sachet à midi après le repas, pendant 3 mois

COSTAL 20

1 comprimé le soir, pendant 3 mois

CARDIX 6.25

1/2 comprimé, 3 fois par jour, pendant 3 mois

COVERSYL 5 MG

1/2 comprimé le matin, pendant 3 mois

CARDIX 6,25mg
28 Comprimés



28 Comprimés

LOT: 185
PER: JAN 2025
PPV: 44 DH 00

CARDIX 6,25mg
28 Comprimés



28 Comprimés

LOT: 189
PER: JAN 2025
PPV: 44 DH 00

PHARMACE RESIDENCE ANNAIM
Sissam OUEZZALOU
Docteur en Pharmacie
4 Residence Annaim - Oulfa
Tel: 05 22 89 43 09 - Casablanca

drmehdibenjelloun@gmail.com : البريد الإلكتروني : 0604.72.39.14 0522.91.07.62

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

الدكتور مهدي بنجلون
CARDIOLOGUE
1er Etage - Rp chhdia - EL Oulfa
Tél : 05 22 89 43 09 - Casablanca

drmehdibenjelloun@gmail.com

CARDIX® 6,25mg
28 Comprimés

6 118000 050568

28 Com

LOT : 191
PER : FEV 2025
PPV : 44 DH 00

CARDIX® 6,25mg
28 Comprimés

6 118000 050568

28 Comprim

LOT : 185
PER : JAN 2025
PPV : 44 DH 00

LOT : 201676
UT AV : 11/2023
PPV : 99,00DH
: .N LOT

COSTAL® 20 mg
Atorvastatine (DCI)
30 Comprimés pelliculés

6 118000 340737

LOT : 210737
EXP : 05/2024
PPV : 99,00DH
: .N LOT

COSTAL® 20 mg
Atorvastatine (DCI)
30 Comprimés pelliculés

6 118000 340737

LOT : 201676
UT AV : 11/2023
PPV : 99,00DH
: .N LOT

COSTAL® 20 mg
Atorvastatine (DCI)
30 Comprimés pelliculés

6 118000 340737

LOT : 201676
UT AV : 11/2023
PPV : 99,00DH
: .N LOT

COSTAL® 20 mg
Atorvastatine (DCI)
30 Comprimés pelliculés

6 118000 340737

92,00

COVERSYL®
Perindopril arginine
Comprimés pelliculés sécables 5 mg

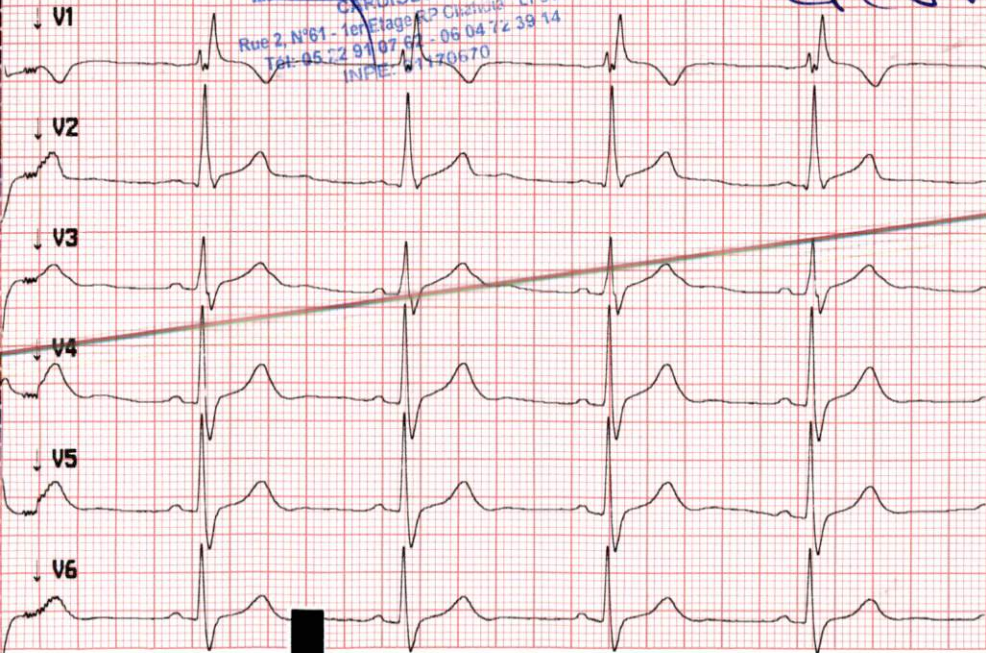
6 118000 100294

10-Mai-2022 11:41:43

70.557

TAGNI
CHAV

الدكتور مهدي بنجلون
Mahdi BENJELOUN
CARDIOLOGUE
Rue 2, N°61 - 1er Etage BP Chetouia El Oulfa
Tel: 05 72 91 07 67 - 06 04 72 39 14
INPE: 11170670

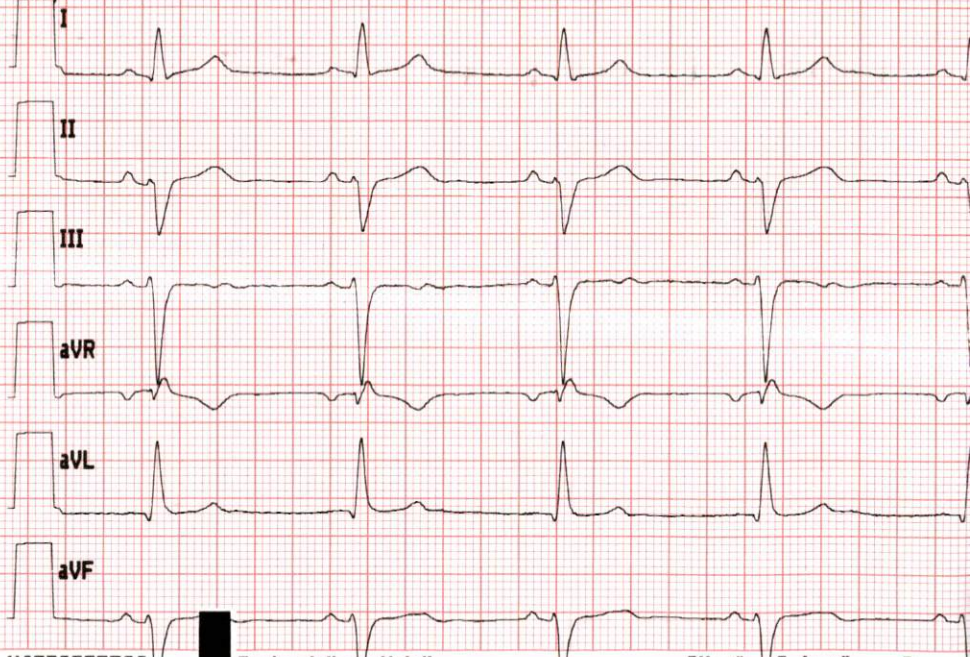


10-Mai-2022 11:41:43 Fréq. Card.: 55 BPM
Axes P-R-T: 60 -62 37 Int PR: 151ms
Dur.QRS: 141ms QT/QTc: 464/454ms

ID:

D-naiss:

ans,



114330225506

Dr. benjelloun Mehdi

Site # 0 App.# 0