

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W21-708832

126519

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3567 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RHOUFACHA Nouradine

Date de naissance : 01/01/1957

Adresse : CLERAN JAWHAR APP 3 BOULFA CASU

Tél. : 0674732292 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/08/2022

Nom et prénom du malade : RHOUFACHA Nouradine Age : 65

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 : CASU Le : 06/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
06/08/2021	CGT		15.000	INP : 1511111111 CARDIOLOGUE Dr. N. EL FACHRI Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14 INPE 91170670
	ECG		1000	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SARANET S.A. S. A. U 140 Lot Sidi El Hadj Lissas Casablanca Tél: 05 22 91 07 62	06/08/2021	1999,10

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

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 : <input type="text"/>														
				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 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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] 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

**Dr. Mehdi BENJELLOUN**

**Spécialiste des maladies**

**du coeur et des vaisseaux**



**الدكتور مهدي بنجلون**

**إختصاصي في أمراض القلب**

**والشرايين**

Casablanca, le : 06/08/2022

PPV: 160DH00

Lot n°:

Exp:

**HOUFACHA Nouredine**

PPV: 160DH00

Lot n°:

Exp:

**CERUVIN 75**

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

**CARDIOASPIRINE 100**

1 comprimé à midi après le repas, pendant 3 mois

**CORALAN 5**

1 comprimé matin et soir, pendant 3 mois

**DICARVEL 6.25**

1/2 comprimé le matin, pendant 3 mois

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280



6 118001 130047

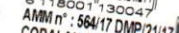
AMM n°: 564/17 DMP/21/17

CORALAN 5 mg

56 comprimés pelliculés

PPV: 448,00 DH

Servier Maroc - Casablanca



6 118001 130047

AMM n°: 564/17 DMP/21/17

CORALAN 5 mg

56 comprimés pelliculés

PPV: 448,00 DH

Servier Maroc - Casablanca



6 118001 130047

AMM n°: 564/17 DMP/21/17

CORALAN 5 mg

56 comprimés pelliculés

PPV: 448,00 DH

Servier Maroc - Casablanca

LOT: SG06120  
PER: 07/2024  
PPV: 46,00 DH

LOT: SG06120  
PER: 07/2024  
PPV: 46,00 DH

drmehdibenjelloun@gmail.com : البريد الإلكتروني - 0604.72.39.14 - 0522.91.07.62 : الهاتف - الدار البيضاء - الألف - المدينة

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



6-Aou-2022 12:11:01 Fréq. Card.: 63 BPM  
Axes P-R-T: 62 28 37 Int PR: 165ms  
Dur.QRS: 79ms QT/QTc: 392/400ms

6-Aou-2022 12:11:01  
Dr. Mehdi BEN JELLOUN الدكتور مهدي بيلجون  
CARDIOLOGUE  
Rue 2 N°61 1er Etage RP Chahdia - El Oulfa  
VI  
Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14  
INPE: 91179670

rho vacua  
New neurons

