

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'Horlogerie - 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° W21-763350

130959

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1609 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELMIR SALAH

Date de naissance : 01-07-53

Adresse : LOT AL MOUSTAKBIL N° 55

SIDI MAAROUF CASABLANCA

Tél. : 0661232864 Total des frais engagés : 837,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: Dr. Berrani Hind, 05 22 78 41 49, Résidence Naim, Sidi Maarouf, Casablanca]

Date de consultation : 21/03/2022

Nom et prénom du malade : Naim Belmir Age : 65

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.

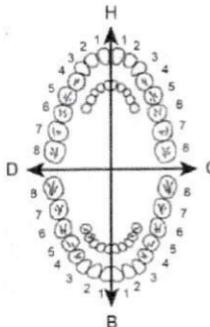
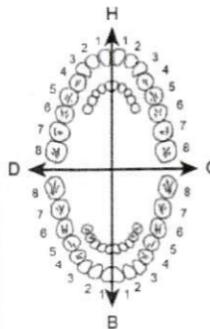
Fait à : Casablanca Le : 26/09/22

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible][illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.				
<b>Important :</b> 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	INP : <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></span>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; float: right;"></span>  MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; float: right;"></span>  DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; float: right;"></span>  FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; float: right;"></span>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;">             H              25533412              00000000              D           </div> <div style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">             B           </div> <div style="text-align: right;">             21433552              00000000              G              00000000              35533411              11433553           </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; float: right;"></span>  MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; float: right;"></span>  DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; float: right;"></span>  DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; float: right;"></span>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

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. Hind BENNANI**  
**Cardiologue**

Diplômée de la Faculté de médecine et de Pharmacie de Rabat  
Diplômée en Echocardiographie Doppler de l'Université Bordeaux II  
Diplômée en Cardiologie Pédiatrique de l'Université Paris Descartes  
Diplômée en hypertension artérielle de l'Université de Strasbourg  
Ex médecin à L'hôpital militaire de Rabat



**الدكتورة هند بناني**

**أخصائية في أمراض القلب والشرابيين**

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط  
حاصلة على دبلوم فحص القلب بالصدى بجامعة بوردو  
دبلوم أمراض القلب عند الرضع والأطفال من جامعة باريس ديكارت  
دبلوم ارتفاع الضغط الدموي من جامعة ستراسبورغ  
طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري بالرباط

Casablanca le : 21/03/22 ..... : الدار البيضاء في

Dr. Bennani Hind  
Cardiologue  
Av. aboubakr el Kadiri, Résidence Naim  
Immeuble 3, appartement 2, sidi Maarouf, Casablanca  
05 22 78 41 49

98, 10<sup>x3</sup>

1) Cosyrel 5mg/5mg  
72, 00<sup>x2</sup>

2) Hensel  
49, 60<sup>x2</sup>

3) Plavix  
537, 50



Poids Net / Net Weight: 82 g e

PPV 72 DH

LOT: EXP:



Poids Net / Net Weight: 82 g e

PPV 72 DH

LOT: 1330 EXP: 05/2024

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22C01  
EXP: 03/2025

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22C01  
EXP: 03/2025



COSYREL 5mg/5mg  
30 comprimés pelliculés sécables  
PPV: 98,10 DH  
Servier Maroc - Casablanca

PPV: 98,10 DH  
Servier Maroc - Casablanca

PPV: 98,10 DH  
Servier Maroc - Casablanca

☎ 05 22 78 41 49 / 06 66 10 98 82 ✉ Bennanih.cardio@gmail.com

شارع أبوبكر القادري، إقامة النعيم، العمارة رقم 3، الطابق الثاني، سيدي معروف - الدار البيضاء

Av. aboubakr el Kadiri, Résidence Naim immeuble 3, 2<sup>ème</sup> étage sidi Maarouf - Casablanca

Nom :	<b>Maghsi</b>	Né le :	<b>05.12.1957</b>	FC :	<b>70 /min</b>	RR :	<b>853 ms</b>
Prénom :	<b>Malika</b>	Sexe :	<b>Non défini</b>	Axe P :	<b>44 °</b>	P :	<b>115 ms</b>
IDP :	<b>65/22</b>	Taille :	<b>-- cm</b>	Axe QRS :	<b>34 °</b>	PQ :	<b>146 ms</b>
Visite :	<b>--</b>	Poids :	<b>-- kg</b>	Axe T :	<b>28 °</b>	QRS :	<b>78 ms</b>
Date :	<b>21.09.2022</b>	PA :	<b>-- / -- mmHg</b>			QT :	<b>371 ms</b>
Heure :	<b>16:57:15</b>	Origine :	<b>Non défini</b>			QTc :	<b>402 ms</b>

Validé par :

**Dr. Benjani Hind**  
 Cardiologue  
 Av. Mohammed VI, Résidence Naïm  
 Immeuble 3, étage 2, N°141 Maarouf, Casablanca  
 05 22 78 41 49

ID demande : Émetteur de la

Remarques :

Traitement :

