

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- N° 004484

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2118 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : TALLABI AHMED
 Date de naissance : 01.01.1949
 Adresse : AL KHANZAMA - EX - 185 Casablanca
 Tél. : 0522180134 Total des frais engagés : 908,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Mehdi BENJELLOUN CARDIOLOGUE
 Date de consultation : 02/12/2022
 Nom et prénom du malade : TALLABI FATIMA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 02/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

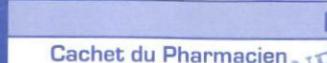
- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

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
04/12	CGE ECC		15000 10000	 CLINIQUE CARDIOLOGIQUE 05/12/2014 Rue 2, N°61 - 1er Etage BP Chahdia - El Oulfa 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14 05 91 77 06 38

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/12/22	658,4000

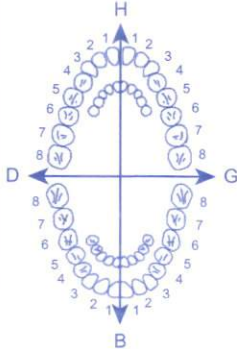
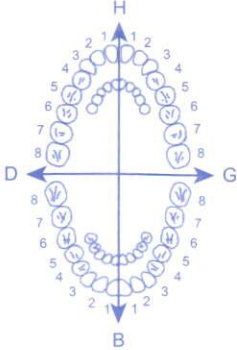
[illegible][illegible]

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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>													
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>													
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														

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



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Casablanca, le :
02/12/2022

Nom et Prénom :

TALLABI Fatima

22.60x3
41.80
137.20x3
78.80
109.00
658.40
ASKARDIL 75

1 comprimé à midi, pendant 3 mois

AVLOCARDYL 40

1/4 comprimé soir, pendant 3 mois

VASTAREL 35

1 comprimé matin et soir, pendant 3 mois

VITANEVRIL FORT

1 comprimé, 3 fois par jour

DSTRESS

1 comprimé, matin et soir

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, Rue 154 N° 61 / 25
EL Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
I.C.E : 0005002460000026

الدكتور مهدي بنجلون
Dr. Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE
Rue 2, N° 61 - 1er Etage RP Chahdia - EL Oulfa
Tél : 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
INPR : 91170670

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, Rue 154 N° 61 / 25
EL Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
I.C.E : 0005002460000026

زقة 2، رقم 61 - الطابق الأول - مدار الشهيدة - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 - البريد الإلكتروني : drmehdibenjelloun@gmail.com

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

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 05/2024
LOT 22005 6

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 05/2024
LOT 22005 6

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 05/2024
LOT 22005 6

LOT : 22E003
CP SEC 850
P.P.V : 41DH80



6 118000 010227

PPV

LOT

PER



137,20
↑

↑ 28,80

137,20
↑

137,20

Lot:

DLC:

DS05/22
05/2025
PPC : 109 DH

PHARMACIE SOUFIANE

Groupe K, Rue 154 N° 23/25
El Oulfa - Casablanca

Tél. : 05 22 89 09 63

I.C.E : 000500246000026