

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 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

- 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'Horizon
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

M22- 0042781

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00234 Société : Union 3A & DIO Pharm

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAKDIO BENT ET BAREK FATNA

Date de naissance : 01-01-1940

Adresse : HABITUELLE

Tél. : Total des frais engagés : 775,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MAHDI BENJELLOUN
CARDIOLOGUE
Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chahdib - El Oulfa
Tél : 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
INPE : 91170670

Date de consultation : 08/11/2022

Nom et prénom du malade : BAKDIO FATNA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : 08/11/2022

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
AMM	CCF ECG		25900	Dr. Mehdi BEVILLI CARDIOLOGUE Rue 2011 - Le Centre - Chandra - 06044 Tél: 06 22 91 07 62 - 06 04 72 32 14 INPE: 91170670

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOUFIANE Grossek, Rue P... 3/25 E. Oua... Tél: 05 22 89 09 63 I.C.E : 000500246000026	8/11/22	525.3000

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
		A M	P C	I M	I V	

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 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 : 08/11/2022

Nom et Prénom :

BAKDID Fatna

63.00x2
22.40x2
131.50x2
42.00x2
89.50
525.30

INIKAL 5

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

ASKARDIL 75

1 comprimé à midi, pendant 3 mois

STARVAL OU VARTEX 80

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

LANPROL 30

1 comprimé le matin à jeun

D CURE FORTE

1 ampoule tous les 15 jours, pendant 3 mois

AINAT ROLL ON

1 application matin et soir

NOCICEPTOL

1 application matin et soir

LOT : 220793
EXP : 05/2025
PPV : 43,00DH

LOT : 220793
EXP : 05/2025
PPV : 43,00DH

PPV : 131 DH 50

Lot n° :

Exp. :

PPV : 131 DH 50

Lot n° :

Exp. :

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
dispensibles

PPV 22DH40
EXP 04/2024
LOT 22005 3

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
dispensibles

PPV 22DH40
EXP 04/2024
LOT 22005 3

للعصارة المعوية

LOT : 364
PER : DEC 2024
PPV : 42 DH 00



8 051128 636727

Lot : 22003
À consommer de
préférence avant le : 02/2025
P.P.C : 89,50 DH

ID:

D-naiss:

ans,

8-Nov-2022 11:40:02 Fréq. Card.: 69 BPM
Axes P-R-T: 39 -16 48 Int PR: 213ms
Dur.QRS: 86ms QT/QTc: 398/418ms

8-Nov-2022 11:40:02

Dr. Mehdi BENJELLOUN الدكتور مهدي بنجلون

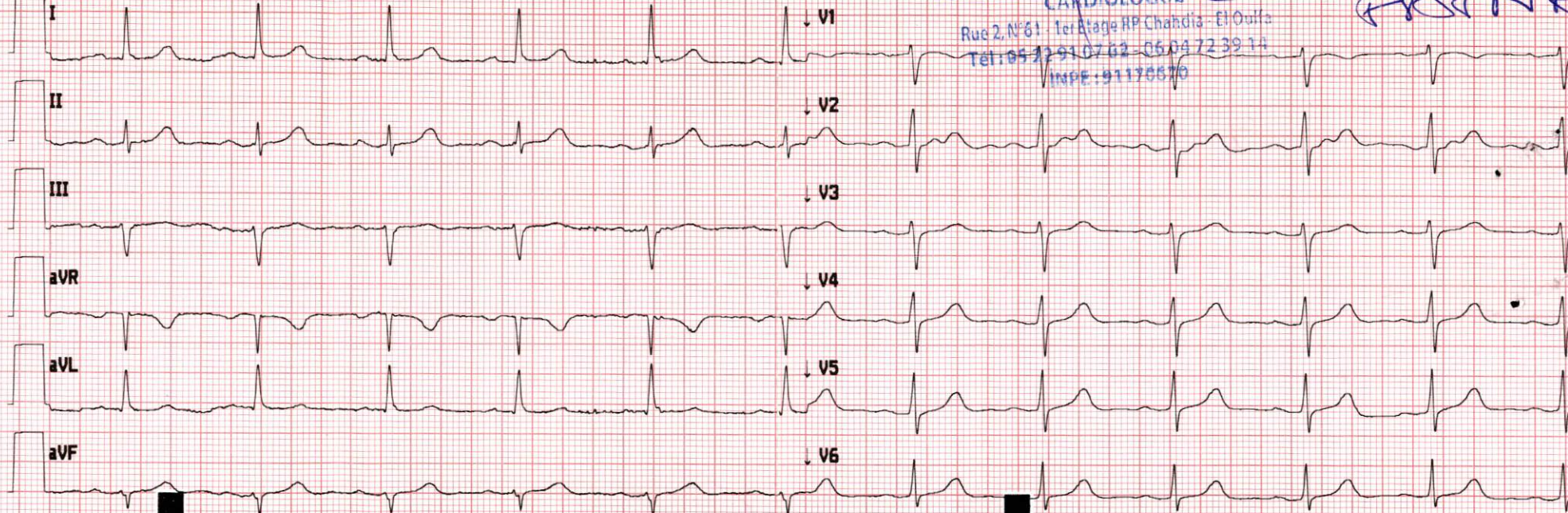
CARDIOLOGUE

Rue 2, N°61 - 1er Etage BP Chahdia - El Oulfa

Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 11

INPE: 91170570

Handwritten signature and initials in blue ink.



114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site * 0 App.* 0

Version 2.0.3.5 Séquence *26131 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz