

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

- 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'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° M21- 0053578

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : SM Société : BAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KABBA I Hakima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 64 45 05 54 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Mostafa SKALLI

Date de consultation : Nov 1 2022

Nom et prénom du malade : Dr. Benjelloun Toumi Age :

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

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : 14/11/2022

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
14/11/22				
22				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/01/2022	1082

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 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 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

Docteur Mostafa Skalli

Spécialiste des Maladies
du Cœur et des vaisseaux
ECHOGRAPHIE – DOPPLER
EPREUVES D'EFFORT – HOLTEN

Ancien Enseignant
à la Faculté de Médecine
de CASABLANCA

الدكتور مصطفى الصقلي

إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
الفحص الآلي للقلب و العروق

أستاذ سابقا بكلية الطب
والمعهد الصحي الجامعي ابن رشد
بالدار البيضاء

Casablanca, le 14 Nov 2022
الدار البيضاء، في

Dr BENJELLOUN Tourmi Hekma

Co Iltan



1 ef net

Bifrol



1 ef 1/2

Amef



1 ef 1/2

1082150

الدكتور مصطفى
Mostafa SKALLI
CARDIOLOGUE
Brahim Roudani - CASABLANCA
Tél. C. 022 23 17 41 - Fax 022 23 56 12
GSM 0661 13 22 53

Prendre le meme traitement
jusqu'à prochaine rendez-vous

400, شارع إبراهيم الروداني (إقامة الروداني) - الدار البيضاء - الهاتف ع : 05 22 23 17 41
400, Bd Brahim Roudani (Résidence Roudani) - Casablanca, Tél. C : 05 22 23 17 41
المحمول : 0661 13 22 53 - Tél. C : 0522 23 17 41 - E-mail : mostafaskalli@gmail.com

CO-ICARD®

Irbésartan - Hydrochlorothiazide

300/125
mg

Voie orale



LOT : 210783

EXP : 05/2024

PPV : 158,00DH

imés pelliculés

28 x

CO-ICARD®

Irbésartan - Hydrochlorothiazide

300/125
mg

Voie orale



LOT : 210783

EXP : 05/2024

PPV : 158,00DH

imés pelliculés

28 x

CO-ICARD®

Irbésartan - Hydrochlorothiazide



150/125
mg

Voie orale

Comprimés pelliculés

28 x

LOT : 220449

EXP : 03/2025

PPV : 134,30 DH

CO-ICARD®

Irbésartan - Hydrochlorothiazide



150/125
mg

Voie orale

Comprimés pelliculés

28 x

LOT : 220449

EXP : 03/2025

PPV : 134,30 DH

10 ملغ
عن طريق الفم

أميپ
أملوديبين

AMEP® 10mg ○
28 comprimés



6 118000 081784

 **COOPER**
PHARMA

75, 20

10 ملغ
عن طريق الفم

أميپ
أملوديبين

AMEP® 10mg ○
28 comprimés



6 118000 081784

 **COOPER**
PHARMA

75, 20

10 ملغ
عن طريق الفم

أميب
أملوديبين

AMEP® 10mg ○
28 comprimés



6 118000 081784

 **COOPER**
PHARMA

75, 20

10 ملغ
عن طريق الفم

أميب
أملوديبين

AMEP® 10mg ○
28 comprimés



6 118000 081784

 **COOPER**
PHARMA

75, 20

POLYMÉDIC

BIPROL[®]

Bisoprolol

10 mg

POLYMÉDIC

65170

30

COMPRIMÉS PELLICULÉS
SÉCABLES

VOIE ORALE

POLYMÉDIC

BIPROL[®]

Bisoprolol

10 mg

POLYMÉDIC

65170

30

COMPRIMÉS PELLICULÉS
SÉCABLES

VOIE ORALE

POLYMÉDIC

BIPROL[®]

Bisoprolol

10 mg

POLYMÉDIC

65170

30

COMPRIMÉS PELLICULÉS
SÉCABLES

VOIE ORALE