

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

- Réclamation : 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'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

M22- 0048511

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 376 Société : 155534

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENJELLOUN HAYOT

Date de naissance : 16/3/23

Adresse : 17 Bd Rahal El Meskini - Casablanca

Tél. : 05 22 21 99 22 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BENJELLOUN LAHRICHI Wafaa
Rhumatologue
17 Bd Rahal El Meskini - Casablanca
Tél : 05 22 21 99 22

Date de consultation : 16/3/23

Nom et prénom du malade : BENJELLOUN HAYOT Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Rhumatisme

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
16/3/23	2	300 D4		Dr. BENJELLOUN LAHRICHI Wafaa Rhumatologue Zahar El Meskini - Casablanca 25 22 31 99 22

47 30 Hm
Tél.: 002

EXECUTION DES ORDONNANCES

Signature du Pharmacien _____ Date _____

Signature du Fournisseur _____ Montant de la Facture _____

2002-2003

.....

26/03/23 $T = 313,70 \text{ DH.}$

98/03/98 109, 108K

2019/20 902/902

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du	Date	Désignation des	Montant
------------------------	------	-----------------	---------

Laboratoire et du Radiologue	Date	Coefficients	des Honoraires

[illegible][illegible]

			(6)
--	--	--	-----

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature	Date des	Nombre		Montant détaillé

du Praticien	Soins	A M	P C	I M	I V	des Honoraires

[illegible][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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

Dents	Nature des		
-------	------------	--	--

SOINS DENTAIRES	Soins Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-----------------	-------------------	---------------------	-------------

					Coefficient	
--	--	--	--	--	-------------	--


 H
 2 1 1 2
 2 1 1 2

DES TRAVAUX

					MONTANTS DES SOINS	

7 8	7 8				
D	G				
6 8	6 8				

					DEBUT D'EXECUTION	

[illegible]

					FIN	
					D'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT - MASTICATOIRE	CCEFFICIENT	
------------------------------	--	-------------	--

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

100

Dr. BENJELLOUN LAHRICHI Wafaa

RHUMATOLOGUE

SPECIALISTE

Maladies des Os

des Articulations - RHUMATISMES

47, Bd. Rahal El Meskini - Casablanca
Tél. : C : 05 22 31 99 22 Sur Rendez-vous

GSM : 06 50 92 64 73

wafaabenjelloun09@hotmail.com

Horaire :

Lundi à Jeudi : de 9h à 16h

Samedi : 8h30 à 12h

Casablanca : 28/3/23. :

الدكتورة بن جلون الحريشي وفاء

خريجة كلية الطب بأنجي

اختصاصية في أمراض العظام

والمفاصل وأمراض الرثي (رومزم)

47، شارع رحال المسكيني - الدار البيضاء

الهاتف : ع 05 22 31 99 22 بالموعد

الهاتف : 06 50 92 64 73

wafaabenjelloun09@hotmail.com

التوقيت

الاثنين إلى الخميس من 9 إلى 16 زوالا

السبت من 8:30 إلى 12 زوالا

10/23

Wafaabenjelloun Hought.



1/ AUBAN

50/00

مبلغ 50000

2/ مبلغ 25 N°: 2337 / Un bon

136,50

فوت 10

200 au coude

3/ 852000

53,00

1000000

4/ 22/00

2x 1000



51 0000

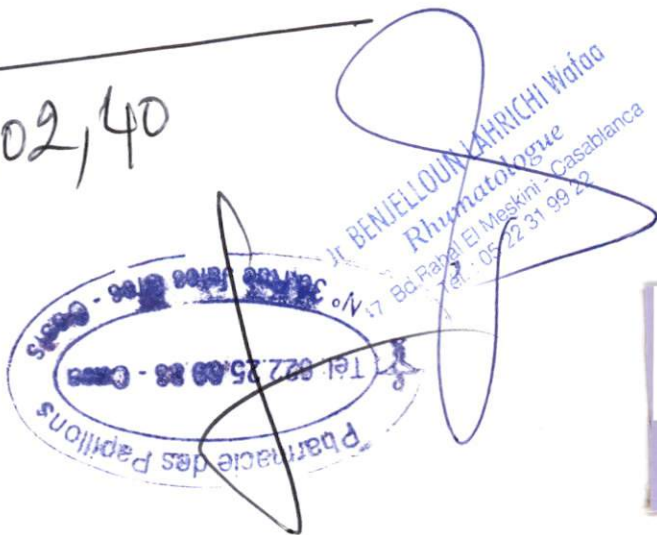
1490

18506



A 1755

402,40



BIOCODEX MAROC

P.P.V.: 50,90DHS



AMM N°: 81/2020 DMP/21/NRS

Di-INDO® 50mg

15 comprimés dispersibles



Lot: 22L265

Exp: 08.2025

PPV: 136DH50

Cédor®

10 Comprimés



Di-INDO® 50 mg 15 comprimés dispersibles

PPV 53DH00
EXP 11/2024
LOT 28009 1



OEDES 20mg

56 gélules



LOT: 211542
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

22,00

Dr. BENJELLOUN LAHRICHI Wafaa

RHUMATOLOGUE

SPECIALISTE

Maladies des Os

des Articulations - RHUMATISMES

47, Bd. Rahal El Meskini - Casablanca

Tél.: C : 05 22 31 99 22 Sur Rendez-vous

GSM : 06 50 92 64 73

wafaabenjelloun09@hotmail.com

Horaire :

Lundi à Jeudi : de 9h à 16h

Samedi : 8h30 à 12h

الدكتورة بن جلون الحريشي وفاء

خريجة كلية الطب بانجي

اختصاصية في أمراض العظام

والمفاصل و أمراض الرثي (رومزم)

47, شارع رحال المسكيني - الدار البيضاء

الهاتف: ع 05 22 31 99 22 بالموعد

الهاتف: 06 50 92 64 73

wafaabenjelloun09@hotmail.com

التوقيت

الاثنين إلى الخميس من س 9 إلى 16 زوالا

السبت من س 8:30 إلى 12 زوالا

Casablanca le : 16/3/23 : الدار البيضاء في

16/3 1000 Benjelloun Wafaa

16/60
1/ Diphtheria

7
6

Pharmacie des Papillons

15, Rue Jules, 5, Oasis - Cas

Tel : 5 69 83

86/40

2/ Diphtheria to base 7

7
6

1/2 sur couchede

94/00

3/ Diphtheria

3 x 1

12/297
15, Oasis - Cas
05 22 31 99 22
06 50 92 64 73

86/70

4/ Diphtheria

7
6

1/2 sur couchede

30/00

5/ Diphtheria

7
6

Σ = 353,70

Dr BENJELLOUN LAHRICHI Wafaa
Rhumatologue
17 Bd Rahal El Meskini - Casablanca
Tel : 05 22 31 99 22

LOT 211487
EXP 04/2024
PPV 30.00DH

DOLICOX 90 mg
Etoricoxib
6 118000 041948

OEDES 20mg
7 gélules

6 118001 100064

6 118001 150137

SIRDALUD 4 mg
Comprimés sécables
PPV : 86.70 DH

6 118001 030293

PPV: 86.70
PER: 10/25
LOT: L3390-2



118001 100064
118001 150137
118001 030293

MYDOFLEX 150 mg
Tolpérisone HCl
30 Comprimés pelliculés

6 118001 260850



GTIN: 06118001260850
LOT: 4016
MFG: 06 2022
EXP.: 06 2025
PPV: 940hs00



Titulaire de l'AMM au Maroc:
MSD Maroc (Siège social)
166, 168, Bd Zerktouni,
Casablanca - Maroc

Fabricant:
CENEXI HSC
2 Rue Louis Pasteur,
14200 HEROUVILLE SAINT CLAIR