

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'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° P19- 0043480

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01388 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BOUZIANI MOHAMED
Date de naissance : 1956
Adresse : RES. ELFAJR Immeuble N°11 ELRODS
S/BERNDISSI CASABLANCA
Tél : 0666934325 Total des frais engagés : 2567,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/06/2023

Nom et prénom du malade : BOUZIANI MOHAMED Age : 67 ans

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

Nature de la maladie : Diabète + Hyperlipémie

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 : 02/06/2023

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02/06/23 | | 30 | 2267,10 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 02.06.23 | 2267,10 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

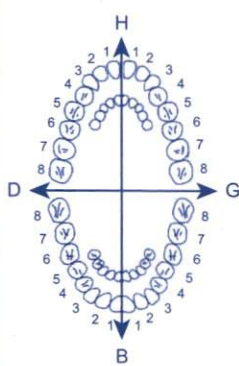
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 |
| | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|----------|---|----------|--|----------|----------|--|----------|---|--|---|----------|--|----------|----------|--|----------|---|--|--|----------------------------|
|  | <table><tr><td>H</td><td></td><td>H</td></tr><tr><td>25533412</td><td></td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td></td><td>11433553</td></tr><tr><td>B</td><td></td><td></td></tr></table> | H | | H | 25533412 | | 21433552 | 00000000 | | 00000000 | D | | G | 00000000 | | 00000000 | 35533411 | | 11433553 | B | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | H | | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Leïla BELHADI BENSAMI

Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca

Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie

Nutrition et Maladies Métaboliques

(Diabète, Cholestérol, Hormones, Thyroïde, Hypophyse, Surrénales

Troubles de Croissance et de puberté, Stérilité, Obésité ...)



الدكتورة ليلى بلهادي بنسامي
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

أخصائية في أمراض الغدد، السكري والتغذية
(السكري، الكوليسترول، الهرمونات، الغدة الدرقية،
الغدة النخامية، أمراض النمو والبلوغ، العقم، السمنة...)

02 juin 2023

Mohammedia, le ...

Mr. BOUZIANI MOHAMED

M



6 118001 040773

TRAJECTA® 5 mg

(Linagliptine)

28 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV : 374 DH 00

1.001.0704/01



6 118001 040773

TRAJECTA® 5 mg

(Linagliptine)

28 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV : 374 DH 00

10010704/01



6 118001 040773

TRAJECTA® 5 mg

(Linagliptine)

28 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV : 374 DH 00

1.001.0704/01

TRAJENTA 5

1-0-0

GLUCOPHAGE 850

0-1-1

COVERAM 10/10

1-0-0

ZYLORIC 200

0-0-1

Traitement pendant : 3 Mois

Leïla BELHADI BENSAMI
Endocrinologue Diabétologue
Rue Safi, Imm ISMAIL 1 Etg
Appart 4 - Mohammedia
Tél : 05 23 31 47 47

LOT 223845
EXP 11/2026
PPV 31.30

LOT: 168
PER: AUT 2025
PPV: 88 DH 40

Rue Safi, Imm. Ismail, 1er étage Appart 4 - Mohammedia

Tél : 05.23.31.47.47 - Urgence : 06.61.93.20.28

E-mail : leilabelhadi3@gmail.com