

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'FI.
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

M23-012791

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1008 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BAGASS Lahcen / 68518
 Date de naissance : 01-01-1935
 Adresse : CHADAMOUN CHERAN rue Nimm 82 n° 1
 @ Oulef 2ndue Casablanca Maroc
 Tél. : 666 88 66 46 Total des frais engagés : 1153,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Dr. Mehdi BERRA...
 Rue 2, N°61 - Bld Mohammed VI
 Tél: 05 22 91 07 83 - 06 04 12 31 14
 Date de consultation : 17.06.2023
 Nom et prénom du malade : BAGASS LAHCEN Age: 88
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ALD
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : Can 2023
 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 : 17 / 07 / 2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-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
17/06/23	ECG		200,00	Dr. Mehdi BENJELLOUN CARDIOLOGUE Rue 2 N°61 - 1er Etage - BP Chabaud Tél: 05 291 07 62 - 06 04 72 33 14 INP# 51178898
	ECG		100,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/06/23	857,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

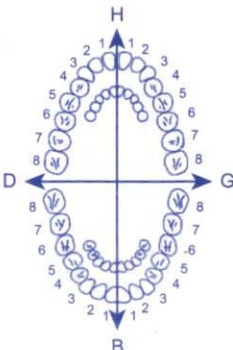
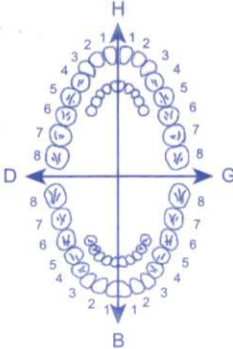
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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 :17/06/2023.....

Nom et Prénom :

BAGASS Lahcen

18210x3

SULIAT 160/5/12.5

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

2740x3

CARDIOASPIRINE 100

1 comprimé à midi après le repas, pendant 3 mois

4300x3

INIKAL 5

1 comprimé le soir, pendant 3 mois

Uixifor

99,00

1 gel / le soir

4.85740

Dr. Mehdi BENJELLOUN
Rue 2, N° 61 - 1er Etage - Casablanca
Tél. 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
E-mail : drmehdibenjelloun@gmail.com

SULIAT® HCT ○
160 mg / 5 mg / 12.5 mg
28 comprimés pelliculés



6 118000 072256

LOT : 221206
EXP : 08/2025
PPV : 43,00DH

inikal® 5 mg ○
Amiodipine
30 comprimés



6 118000 340126

SULIAT® HCT ○
160 mg / 5 mg / 12.5 mg
28 comprimés pelliculés



6 118000 072256

LOT : 221206
EXP : 08/2025
PPV : 43,00DH

inikal® 5 mg ○
Amiodipine
30 comprimés



6 118000 340126

Cardioaspirine 100 mg/30cps ○
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280


SULIAT® HCT ○
160 mg / 5 mg / 12.5 mg
28 comprimés pelliculés



6 118000 072256

LOT : 221040
EXP : 07/2025
PPV : 43,00DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps ○
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.




6 118001 090280

inikal® 5 mg ○
Amiodipine
30 comprimés



6 118000 340126

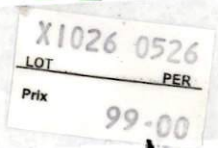
Cardioaspirine 100 mg/30cps ○
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

182,10

LIXIFOR



COMPOSITION : Dose par gélule

- Séné	140 mg
- Radis Noir	75 mg
- Anis Etoilé	75 mg
- Cascara	30 mg

PROPRIETES :

LIXIFOR Actif dès le premier jour spécialement formulé pour :

- Régulation du volume et de la fréquence des selles
- Réduction des gaz
- Ballonnement et pesanteur abdominale
- Active le péristaltisme