

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- 0017275

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01377 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KASRI MOHAMMED
 Date de naissance : 01.01.1980
 Adresse : 22A, Rue Tamy, Cité de l'Air, Nouadhibou
 Tél. : 0661106715 Total des frais engagés : 3741,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/07/2023
 Nom et prénom du malade : KASRI MOHAMMED
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ALD
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC
 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 : Nouadhibou

Le : 26/07/2023

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
26/07/23	CS + ECG	3000		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/07/23	344730 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

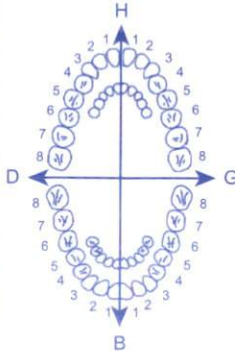
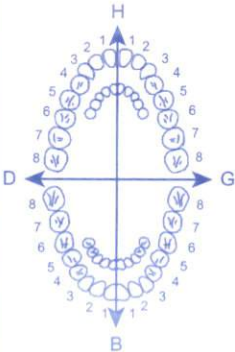
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></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 <input type="text"/>
	H		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 BENJELLOUN Mohammed Karim

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux

Hypertension Artérielle, ECG (tracé du cœur)

Cholestérol, Holter ECG et Tensionnel

Diplômé d'Echocardiographie Doppler

BORDEAUX



ن محمد كريم

القلب والشرابين

الكوليسترول

القلب، الهولتر

الصدى

ردو

Casablanca, le 20.07.2013

Handwritten signature: Karim Mohammed

Handwritten: 22/07/13

Handwritten: 629/20

Handwritten: 91/0

Handwritten: 54,19 x 3

Handwritten: 5/16, 1-

Handwritten: 20-0-1

Handwritten: 20-0-0

Handwritten: 20-0-0

Handwritten: 20-0-0

Handwritten: 328

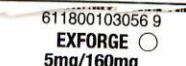
PHARMACIE BEN M'SIK
MAROUANE M'SIK
Docteur En Pharmacie
Lot: Khadja Bt. Oum Rabiaa - Deraa
Gsm : 05 22 53 20 58

PHARMACIE BEN M'SIK
Docteur En Pharmacie
Lot: Khadja Bt. Oum Rabiaa - Deraa
Gsm : 05 22 53 20 58

Dr BENJELLOUN Mohammed Karim
(Enseigne, Pharmacie, Police et concessionnaire RENAL)
Tél: 05 22 52 57 45 - Gsm: 05 22 53 20 58
Bd Al Qods California - Ain Chock - Casablanca



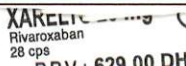
611800103056 9
EXFORGE
5mg/160mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 224,00 DH



611800103056 9
EXFORGE
5mg/160mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 224,00 DH



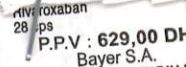
611800103056 9
EXFORGE
5mg/160mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 224,00 DH



XARELTO
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V : 629,00 DH
Bayer S.A.



6 118001 090808
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V : 629,00 DH
Bayer S.A.



6 118001 090808
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V : 629,00 DH
Bayer S.A.



6 118001 090808
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V : 629,00 DH
Bayer S.A.



6 118001 090808
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V : 629,00 DH
Bayer S.A.



6 118001 090808
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V : 629,00 DH
Bayer S.A.



6 118001 090808
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V : 629,00 DH
Bayer S.A.



6 118001 090808
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V : 629,00 DH
Bayer S.A.



6 118001 090808
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V : 629,00 DH
Bayer S.A.



LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651
LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



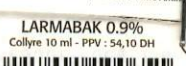
6 118001 100651
LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651
LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651
LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651
LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651
LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH

Bd. Al Qods, 511, Jardins Al Qods California (En Face du concessionnaire RENA

Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0612 65 13 15 / 0660 38 40 03 / 05

E-mail : drbenjellouankarim@gmail.com



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6
MOIS

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

KASR Mohamed

Matricule :

01377

N° CIN :

B524737

Adresse :

22A Rue Tanger cité de l'air Nouaceur

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

Cardiologue

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

KASR Mohamed

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☒ A vie

3 mois

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

ACEA + HOD + traitement

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

l'avis de l'ordonnance

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Casablanca le 24/05/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

[Signature]

* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées