

## 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 - 1<sup>er</sup> étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Cavalblanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (r.g.) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-407728

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6405 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ELASLI MOUSSAINE  
 Date de naissance : 28/3/64  
 Adresse : Lot Lina, N° 216 Sidi Drarouf Cas  
 Tél. : 0661413586 Total des frais engagés : 2720 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/09/2019

Nom et prénom du malade : Soufiane Naima

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, le déclarant s'engage à transmettre 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 detaille des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
03/09/19	CS + ECG	25	0,14	INP : 09 M L G

Dr. BENJELLOUN Mohammed  
 CARDIOLOGUE  
 Bd Al Ouds Am Eloud  
 511 Jandou Al Ouds Calicoum Apt 3  
 Face Poste Police et concessionnaire BENAL  
 Tel: 0522 92 57 45 - Gsm: 0660 38 40

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/09/2019	2320,40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

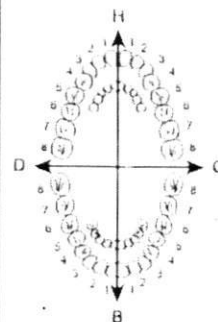
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

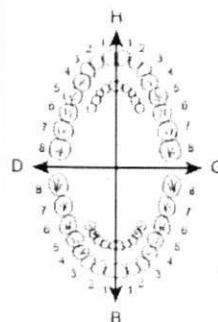
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant detaille des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
 26553412 21433552  
 00000000 00000000  
 D 00000000 G 00000000  
 35533411 11433553  
 B

(Création, remont, adjonction)  
 Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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**



**الدكتور بن جلون محمد كريم**

**اختصاصي في أمراض القلب والشرابين**

**والضغط الدموي - الكوليسترول .....**

**التخطيط الكهربائي للقلب، الهولتر**

**الفحص بالصدى**

**جامعة بوردو**

Casablanca, le .....

23-09-19

Mr Saefi Namine

52.40

Suete

(note)

30.60

Cholesterol

(note)

367.00x6 = 2166.00

Exploze

SV

39.70x2

Almog

(note)

71.40

UN 6 mm

2320.40

Pharmacie MORJANA  
CASA S.A.R.L.A.U  
Mme. HJIAJ NADIA EP. BELHAJ SOULAMI  
Bd 90 - 15 Lot Commercial El Ma'rrouf  
Tel. : 05 22 52 57 45

Dr. BENJELLOUN Mohammed Karim  
CARDIOLOGUE  
Bd Al Qods (Ain Chock)  
511 Jardins Al Qods Californie (En Face du concessionnaire RENAULT)  
Tél: 0612 65 13 15 - 0522 52 57 45 - Gsm: 0660 38 40 03

Dr. BENJELLOUN Mohammed Karim  
CARDIOLOGUE  
Bd Al Qods (Ain Chock)  
511 Jardins Al Qods Californie (En Face du concessionnaire RENAULT)  
Tél: 0612 65 13 15 - 0522 52 57 45 - Gsm: 0660 38 40 03

1128346-A14-MA



611800103056 9

**EXFORGE**  
5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

08561

1128346-A14-MA



611800103056 9

**EXFORGE**  
5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

16947

1128346-A14-MA



611800103056 9

**EXFORGE**  
5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

07378

1128346-A14-MA



611800103056 9

**EXFORGE**  
5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

00280

1128346-A14-MA



611800103056 9

**EXFORGE**  
5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

07776

1128346-A14-MA



611800103056 9

**EXFORGE**  
5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

11606

LOT : 8MA510  
P.P.V. : 620000  
PER : 03 2021

SMECTA 3G  
SACHETS B30

P.P.V. : 620000



6 118006 011460

UT.AV. 12 20 P.P.V.

30,60

Lot N°:

CTD

10 190349 1  
EXP 02 2022  
PPV 35,70

35,70

LOT 182384 1  
EXP 11 2021  
PPV 35,70

35,70