

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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

N° P19- 0040962

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04892

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENNANI DOUBI M. JAMAL

Date de naissance : 11-04-1957

Adresse : LOT JADHAR II N° 18 TASSA
MARRAKECH

Tél. : 06 61 58 25 10

Total des frais engagés : 2927,60

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29 AVR. 2020

Nom et prénom du malade : M. BENNANI DOUBI Mohamed Jamel Age : 63 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète, H.T.A., Syndrome abdominal

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 : 29 / 04 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 040962

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 04892

Nom de l'adhérent(e) : BENNANI DOUBI

Total des frais engagés : 2927,60

Date de dépôt :

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
9. AVR. 2020	C2 ECC		400.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/04/2020	2527.60

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	

VOLET ADHERENT

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

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

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-around;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div> <p>G</p> </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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. Abdelouahab SEBBAN

Spécialiste en Médecine Interne

Angéiologue - Phlébologue

• Diplômé de l'Université de Bordeaux

• Ancien Praticien des Hôpitaux de France

• Membre de la Société Nationale Française de Médecine Interne

• Explorations des Artères et des Veines

• Doppler continu - Echodoppler Vasculaire

• Capillaroscopie - Sclérothérapie

الدكتور عبد الوهاب الصبان

اختصاصي في الطب الداخلي
اختصاصي في أمراض الشرايين والأوردة

• خريج جامعة بوردو

• طبيب ممارس سابقا بمستشفيات فرنسا

• عضو الجمعية الوطنية الفرنسية للطب الداخلي

• تشخيص الشرايين والأوردة

• فحص بالأشعة دبلير

• فحص العروق الشعرية

Marrakech, le : 29 AVR. 2020

Mr BENNANI DOUBLI Mohamed Jamal

390,00 x3

- Galvus Net 50/1000 = 1cp matin, 1cp soir x 3ms

84,00 x3 Amarel 4mg = 1cp matin x 3ms

116,80 x3 Lipanthyl 160 = 1cp soir x 3ms

145,90 x3 Coversyl 15 = 1cp matin x 3ms

58,10 x3 Cardentel 5 = 1cp x 3ms

27,00 x2 Alinar 50 = 1gel matin et le soir x 2ms

89,50 - Lixifor = 1cp 1j/2 le soir x 1ms

2527,60



91, زقة محمد البقال رقم 6 - مراكش - جليز - الهاتف : 05 24 43 15 02

91, Rue Mohamed El Beqal N° 6 - Marrakech - Guéliz - Tél. : 05 24 43 15 02

E-mail : angiosebban@gmail.com

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
 Boîte de 60 comprimés pelliculés
 PPV : 390.00 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
 Boîte de 60 comprimés pelliculés
 PPV : 390.00 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
 Boîte de 60 comprimés pelliculés
 PPV : 390.00 DH

4 mg
 Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat -R.P.1
 Ain sebaâ Casablanca
 Amarel 4 mg, cp b 30
 P.P.V : 84,00 DH

4 mg
 Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat -R.P.1
 Ain sebaâ Casablanca
 Amarel 4 mg, cp b 30
 P.P.V : 84,00 DH

4 mg
 Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat -R.P.1
 Ain sebaâ Casablanca
 Amarel 4 mg, cp b 30
 P.P.V : 84,00 DH

maphar
 Zi Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
 P.P.V. : 116,80 DH

maphar
 Zi Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
 P.P.V. : 116,80 DH

141,90

141,90

141,90

COVERSYL®
 Périndopril arginine
 Comprimés pelliculés sécables **5 mg**
 30
 Comprimés pelliculés sécables
 SERVIER

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
 Comprimés pelliculés sécables B/30
 PPV: 58,10 DH

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
 Comprimés pelliculés sécables B/30
 PPV: 58,10 DH

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
 Comprimés pelliculés sécables B/30
 PPV: 58,10 DH

ALIVIAR® 50 mg
 20 Gélules
 6 118000 230250

27,00
 07/20/25
 27,00

27,00
 07/20/25
 27,00

Lot/A de pr 19221 0726
 LOT PER
 Prix 89,50

LIXIFOR
 700221 339503