

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.

Éducation :

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

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-576797

SLYKUS

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8365

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

JRIYA

ABDELI LI CIH

Date de naissance :

09/01/1964

01-1964

Adresse :

125 RUE 13 B4 OUDIERRAKI

EL OUED EL CASA

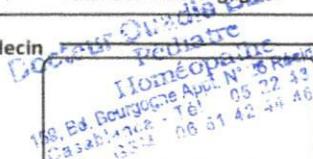
Tél. :

0661233376

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Le : 18 JAN. 2021

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Actes des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19			250 DT	INP : 09/08/1967 Cachet du Médecin : Dr. M'hamed S. El Haj M'saïd Signature : Dr. M'hamed S. El Haj M'saïd N° de l'ordre : N° 55 Rania S. M'hamed Date : 22/01/2013
11				
20				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACE CASA AL OUAJAD N° 8 bis Rue de la Réunion Tél : 05 22 22 53 45	19/11/2013	159,50
	19/11/2013	220,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

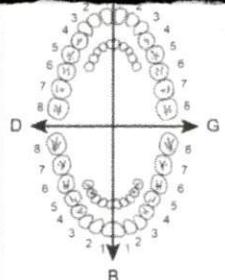
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

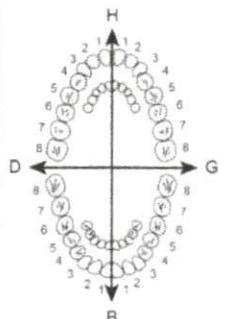
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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. Ouadie BENNANI

Pédiatre
Homeopathe

Maladies des Enfants et Nourrissons
Lauréat de la Faculté de Médecine de Tours
Ancien Pédiatre des Hôpitaux de France
Allergologie infantile et Asthme



Sur rendez-vous

Casablanca, le 19 NOV. 2020

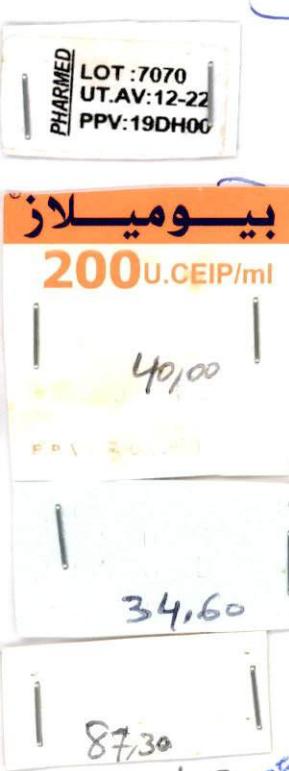
الدكتور وديع بناني

إخلاصي في أمراض الأطفال والرضع
والطب الشهي

خريج كلية الطب بتور - فرنسا

طبيب الأطفال سابقاً بمستشفيات - فرنسا
أمراض الجهاز التنفسي والحساسية

بالموعد



Total: 260,60
Dr. Ouadie BENNANI
Pédiatre
Homeopathe
Bd Bourgogne Apt N° 26 Résid. Shwan Casablanca
Tél.: 06 61 42 44 46 - 05 22 43 04 73 - 06 61 42 44 46
E-mail: bennaniouadie@gmail.com

19,00
FEBEL SV
40,00
RIVAGYL SV
34,60
BRUN SV
87,30
ERDITETRA SV
FUCIDA SV
31,90
VATIRAL SV
260,60
Sarophi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebâb Casablanca
VaxigripTetra 15 µg/0,5 ml
sol 1/1 b1
P.P.V.: 125,30 DH
5 118001 082247
شارع سعيد العبد رقم 26 إقامة شوان - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 43 04 73 - المحمول: 06 61 42 44 46



Fucidine® 2%
crème Tube de 15 g

159, Bd de Bourgogne, Apt N° 26, Résid. Shwan Casablanca - Tél.: 05 22 43 04 73 / GSM: 06 61 42 44 46
البريد الإلكتروني: bennaniouadie@gmail.com

31,90

31,90

31,90

31,90

31,90

31,90