

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-791297

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 22338 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN CHEKROUN KAMAL

Date de naissance : 30/8/1987

Adresse : 29875

Tél : 0639793436 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin DOCTEUR N. ZAHED

Cachet du médecin :

PÉDIATRE
Résidence El Walida
149, Bd Bir Anzarane
T : 22 25 50 01 - Casablanca

Date de consultation : 13/10/2023

Nom et prénom du malade : Banchekroun Kamel Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Alal Des Abdellah - Casablanca - Maroc

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
13/10/13	C S		300571	INP : <input type="text"/> 13/11/39891 DOCTEUR N. ZAILER PEDIATRE Résidence El Walida

13 1139891

.....Résidence El Walida
199, Bd Bir Anzarane

22 25 51 24 - Case 10-51

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/10/23	129,90

Montant de la Facture

13110123

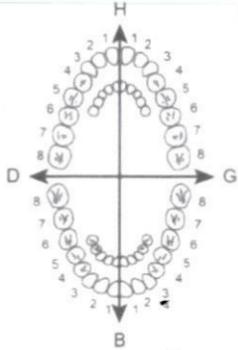
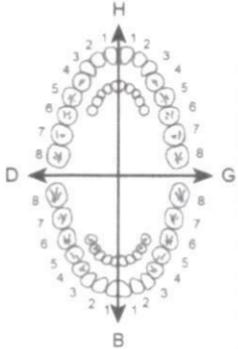
129,90

[illegible]Montant
des Honoraires[illegible]Montant détaillé
des Honoraires

VOLET ADHERENT

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

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

SOINS DENTAIRES		Traçées		Soins																	
						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 <table border="1" style="margin: 10px auto; width: 80%;"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
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"/>															

50th

FIN
D'EXECUTION

PROTHESES DENTAIRES

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

عيادة طب الأطفال

Docteur Noureddine ZAHER

PEDIATRE

Lauréat de la Faculté de Nantes (France)

Urgences et Réanimation Néonatale

Ex Assistant Allergologie et Asthme

Infantiles Hôpital Saint-Nazaire (France)

Ancien Attaché aux Urgences Pédiatriques

et Néonatalogie - CHU - Nantes

Diplôme Universitaire Réanimation et Urgences

Pédiatriques Faculté de Rennes (France)

الدكتور نور الدين الزاهر

اختصاصي في أمراض الطفل وإنعاش المولود

خريج كلية الطب بنانت (فرنسا)

تشخيص أمراض الحساسية والضيقة

مساعد قسم الحساسية والضيقة لدى الأطفال

بمستشفى سانزير (فرنسا)

ملحق سابقا بمستعجلات الأطفال والمولود

بالمركز الجامعي بنانت

دبلوم جامعي للمستعجلات وإنعاش الأطفال

كلية الطب برين (فرنسا)

Casa, le :

13/10/23

8000 01 23 23 23
49100

Fitchibi

13 George

1 cu = 21 i

20120
otipica

2 ju = 31 i

4 i

Neveler

12 = 31 i

1 N

M. 70

Dohypian

200

161

19100
Nurudal

12 = 61 i

1 N

Conseils et urgences : GSM : 06 61 18 76 01

إقامة الوالدة، 199 شارع بنر انزران، الطابق الأول رقم 4 (أمام إقامة خريبكة) - البيضاء - الهاتف : 05 22 25 55 24

Rés. El walida, 199 Bd Bir Anzarane, 1er étage N°4 Juste à côté de la Grillardière - Casablanca

1170

PPV 11DH70
PER 04/26
LOT 11236



Lot:
A consommer de
préférence avant le: 03/2025
PPC: 79,00 DH

BIO SYNALAR
Lot. 3737
Per.: 03 2025
TICOCODEX MAROC
pp, 20.20 DH

19,100

19,100