

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

N° W21-777475

1 91599

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9562 Société : ROYAL AIR MAROC
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KHOUYI BABA ADIL
 Date de naissance : 13-4-70
 Adresse : 31 Rue Kenitra neau
 Tél. : 066114766 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur BENNANI Said
MEDECINE GENERALE
Quartier Essada 1 Bd. Chouafa
N°18 EL Alia
Mohamedia - Tél. 10 06

Date de consultation : 30/12/23
 Nom et prénom du malade : NB KHOUYI BABA ADIL Age : 53 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Dermabole
 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 : 22-1-24
 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
30/12/23	C	1	15000	INF: E 01205300 0191025609 Docteur BENNANI Saïd MÉDECINE GÉNÉRALE Quartier Essaad - 1 ^{er} Bd. Chorafa 38 El Alia

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30-12-28	288,90

[illegible]

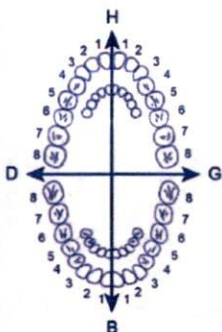
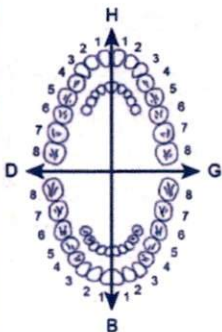
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP: | | | | | | | |

FIN
D'EXECUTION

MONTANTS
DES SOINS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BENNANI Saïd

Médecine Générale

Echographie Clinique

Diplômé de l'Université de Montpellier

Visite médicale pour Permis de Conduire

Expert Assermenté près des tribunaux

Essaâda 1 - Bd. Chorafa

N° 18 - El Alia - Mohammedia

Tél.: 05 23 28 10 06

Urgences: 0661 52 40 53



الدكتور بناني سعيد

الطب العام

الفحص بالصدى

بكلية الطب بمونبيلي

الفحص الطبي لرخصة السياقة

خبير محلف لدى المحاكم

السعادة 1 شارع الشرفاء

رقم 18 العالية - المحمدية

الهاتف: 05 23 28 10 06

المستعجلات: 0661 52 40 53

Mohammedia, le: 30/12/23 المحمدية في

73 Kitouyi BABA AAR

37,60

Dr prosaie pte

(45,20 v8)
eltener

AAU x 21 j

Mylaster aene me

AAU x 21 j

72,40

Néo mye 150 - p/4

88,00

Agel 1 semaine

Saufygn In alch ou Hydroli

288,40

Pour toilette x 21 j

Docteur BENNANI Saïd
MEDECINE GENERALE
Quartier Essaâda 1 Bd. Chorafa
N°18 El Alia
Mohammedia
Tél: 05 23 28 10 06

PHARMACIE
RESIDUE PHARMACIE
Tél: 05 23 28 10 06
INFE. 05 23 28 10 06
27
MOHAMMEDIA

NOMYC[®] 150 mg
Fluconazole

4 Gélules
Voie orale

LOT 231345

EXP 08/26

PPV 72DH90

افريك-فار
AFRIC-PHAR

MYCOSTER 1%
CREME T30G
LOT : 23E012
PER. 09 2026



MYCOSTER 1%
CREME T30G
LOT : 23E012
PER. 09 2026

