

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ntaire :

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.

ladie 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03522

Société : RAM 72 86

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENOUNA KHALID

Date de naissance : 08/03/1952

Adresse : 17 Rue Larbi Douggou Benyahia 2

CP 10000

Tél. : 0661424461

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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, 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 : 02/09/2011

Signature de l'adhérent(e) :



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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 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 (LGD) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-450464

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03522

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENOUNA Khalid

Date de naissance :

08/03/1952

Adresse :

17 Rue Idriss Daghni Franceville

Tél. :

0661 42 46 61 Total des frais engagés : 1096,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LOUBNA KHAYAT
OPHTHALMOLOGISTE
233, Bd Yacoub El Mansour, Rés
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca
Tél. : 05 22 95 12 89

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection oculaire

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 31/05/2021

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-450464

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 : 03522

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

| RELEVE 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 |
| 26/12/2021 | Cr | 300 | NP : 3000000 | Dr. Loubna KHAYAR OPHTHALMOLOGISTE 225 RIV. E FILM. P |

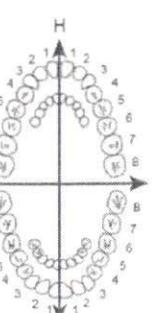
| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE AL AHDALOUSI 126 (EX-40), Rue Djam Ben Ghrib France Ville II Casablanca Tél: 05 22 95 12 89 | 12-04-2021 | 796.00 Dhs |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| 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 |
| | | 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.

| | | |
|--|---|---|
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B | COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> |
|  <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> |
| | | DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> |
| LIPOSIC Gel ophtalmique 10 g ZENITH PHARMA PPV: 34,00 DH ADSP n° 220 DMP/21/NNP | | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; float: right;"></div> |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS



CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN
OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

• Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie Lasik
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -

Ex. Médecin à l'Hôpital 20 Août Casablanca

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le

12/04/2021

رخصة السياقة

الدار البيضاء، في:

127.00د.د = 762.00 ف.د خالدة

34.00 د.د
لipsie asfel yet () my

7 = 796.00 د.د

Dr. Loubna KHAYAR
OPHTHALMOLOGISTE
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca
Tél.: 05 22 95 12 89

HARMACIE AL ANJALUSSIA
126 (Ex 40), Rue Dom Perignon
France Ville II - Casablanca
Tél.: 05 22 98 95 93

Relevé client : MME FACHTALI DR

De 2021-05-12 à 2021-06-01

| | | | Solde initial | 448,70 |
|------------|--------------------------|----------|---------------|---------|
| Date | Produit | Quantité | Prix unitaire | Total |
| 2021-05-12 | Paiement client | - | - | -405,00 |
| 2021-05-12 | Paiement vente | - | - | -43,70 |
| 2021-05-12 | PREZAR CO 100MG B28 COMP | 1 | 149,20 | 149,20 |
| 2021-06-01 | NEBILET CO 5MG B28 COMP | 6 | 87,50 | 525,00 |
| | | | Solde final | 674,20 |

607.00 MAD

CENTRE
MONETIQUE
INTERBANCAIRE

ACHAT

01/06/2021 16:13:58

9900241739

92417301

PHCIE AL ANDALOUSSIA
Casablanca

A0000000031010

APP : VISA CLASSIC

BENOUNA /KHAL.MR

*****6678

11/23 CARTE NATIONALE

ODAC15F41576A67E

606-0-9999-1-44

MONTANT: 607.00 MAD

NUM TRANSACTION : 002

NUM AUTORISATION: 0E0275

STAN : 000607

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
Copie Client

PHARMACIE AL ANDALOUSSIA
126 (Ex 40) Rue Dom Perignon
France Ville - Casablanca
Tél: 05 22 98 08 93

pharmacie AL ANDALOUSSIA - Casablanca

benani myriem

0522980693

126, rue dom pérignon, france ville 2, casablanca



Facture N° 20210527-670

Date de vente : 12/04/2021

Médecin traitant :

Mr BENOUNA KHALID

Maroc

| Produit | Qté. | P.U | TVA | Total |
|---------------------------------|------|--------|-------------|--------|
| LIPOSIC 10G GEL OPHTALMIQUE | 1 | 34,00 | TVA (7.00%) | 34,00 |
| XALATAN CL 0.005% 2.5ML COLLYRE | 6 | 127,00 | TVA (7.00%) | 762,00 |

| | |
|--------------|-------------------|
| Total HT | 743,93 DHS |
| TVA | 52,07 DHS |
| Total | 796,00 DHS |

Arrêté la présente facture à la somme de : sept cent quatre-vingt-seize
DHS

PHARMACIE AL ANDALOUSSIA
126 (EX 40) Rue Dom Pérignon
France Ville 2 - Casablanca
Tél : 05 22 88 88 93