

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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° W21-764929

188655

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7838 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AMAROUCHE KHALID

Date de naissance : 27/05/1967

Adresse : Rue GASCOGNE Ks EL MALK LILLAH - ETS 1 - APT 2 - QUARTIER DES HOPITAUX - CASABLANCA

Tél. : 0661691366 Total des frais engagés : 605,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENKHADRA Hanan
Pédiatre
416, Bd. Abdelmoumen Ang. 2d. Etage
Rde. Anoual Capital Center Etage Bureau N° 2
Tél : 0522 51 37 27 - Fax : 0522 46 11 22
GSM : 06 63 05 28 12 - Casablanca

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

AMAROUCHE AL

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 :

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
	5		8-14	INP : 03 10 25 32
				Dr. BENKHADRA Hanan Pédiatre #16, Bd: Abdelmoumen, Ange 2d, Arjaoui Tunis, Burquah, N°

416, P3: Abdelmoumen / Angé 2d. Anjoual
Rce. Anjoual Capital Center 1er Etage Bureau N°
Tél 6522 51 37 21 - Fax 1022 36
08 65 05 28 12 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>صيدلية جنة الإبيسطينية</p> <p>PHARMACIE JARDIN ISRAËL</p> <p>EL MOSALAMI</p> <p>7</p> <p>100 Rue de Rome Résidence NORA</p> <p>59 - Tél: 35 21 39 45</p>	21/11/2023	605,80

[illegible][illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

FERPLEX[®] FOL40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable
Fer protéine succinylate + Calcium FolinateBoîte de 10 flacons uni-doses
avec bouchon réservoir de poudre
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs

**FERPLEX[®] FOL**40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable
Fer protéine succinylate + Calcium FolinateBoîte de 10 flacons uni-doses
avec bouchon réservoir de poudre
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



Cabinet



de pédiatrie

FERPLEX[®] FOL40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable
Fer protéine succinylate + Calcium FolinateBoîte de 10 flacons uni-doses
avec bouchon réservoir de poudre
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs

**FERPLEX[®] FOL**40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable
Fer protéine succinylate + Calcium FolinateBoîte de 10 flacons uni-doses
avec bouchon réservoir de poudre
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs

**FERPLEX[®] FOL**40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable
Fer protéine succinylate + Calcium FolinateBoîte de 10 flacons uni-doses
avec bouchon réservoir de poudre
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs

**FERPLEX[®] FOL**40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable
Fer protéine succinylate + Calcium FolinateBoîte de 10 flacons uni-doses
avec bouchon réservoir de poudre
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



le 21/11/2023.

ATAKCHER ALI

94,00 (x6)

Ferplex Fol (1'S)

1 Dose / jour 02 fois

20,90 (x2)

Vitamine D3 800

1 Amp

(1'S)

1 fois / jour 02 fois

T=605,80

Dr. Samira EL GUENAI
13, B6, Rue de Rome Résidence NORA
Casablanca - Tél.: 05 22 29 15 43

PHARMACIE JADON ISSECC
بوتقة الصيدلانية

Dr. BENKHADRA Hanane
Pédiatre
416, Bd. Abdelmoumen Angle 2d. Annual
Rce. Annual Capital Center 1er Etage Bureau N° 6
Tél. 05 22 29 31 27 - Fax 05 22 29 15 43
CSM: 05 22 29 15 43 - Casablanca

يق الأول - الهاتف : 05 22 86 37 27 - بالموعد

416, Annual Capital center, Bd abdelmoumen angle

benkhadrahanan@gmail.com

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR

PPV: 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR

PPV: 20,90 DH