

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

- 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° W21-727271

197586

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8647 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : HOUMIA BENNANI ADIL
 Date de naissance : 23-09-1971
 Adresse : HABITUELLE
 Tél. : 0613278327 Total des frais engagés : 200 + 260 + 180 + 170 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 22/09/2021
 Nom et prénom du malade :
 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-727271

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 : 8647
 Nom de l'adhérent(e) : HOUMIA BENNANI ADIL
 Total des frais engagés : 200 + 260 + 180 + 170
 Date de dépôt : 20/10/2021

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
22/02/2024	C2	300 d1		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/02/2024	1420,00

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
		AM	PC	IM	IV	
	22/03/2024					180,00

ORLIMEDIS NEGOCE SARI
 Agence 20 Août
 N° 22 Bis, Angle Rue Lahcen El Arjouni
 et Rue de la Place - Casablanca
 Tél : 05 22 20 39 39 / 05 22 20 65 65

VOLET ADHERENT

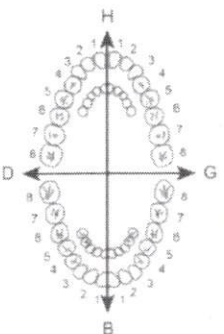
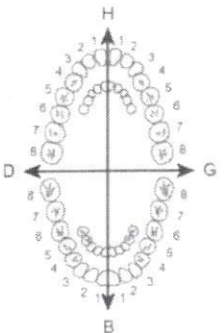
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez 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																								
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		0000000	0000000		D		G	0000000	0000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																								
	25533412	21433552																							
	0000000	0000000																							
	D		G																						
	0000000	0000000																							
	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"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet Medical Spécialisé

Dr. ARBAOUI BATTAL FATIHA

Spécialiste

Endocrinologie • diabétologie

Maladies Métaboliques • Nutrition • Obésité



عيادة طبية متخصصة

الربكة عروبي بنات فتيحة

أخصائية

الغدد - السكري

الأمراض الأيضية - التغذية - السمنة

Casablanca, le : 22/02/24.

180.00 M Houtat Bannar ASDL
+ B - 250.00

ORLIMEDIS NEGOCE SARI

Agence 2

N° 22 Bis, Angle Rue

Rue de la Place

0522 23 25 06 / 0522 23 25 06

25900

250.00 + 250.00

DR. ARBAOUI BATTAL FATIHA
Spécialiste
ENDOCRINOLOGIE - NUTRITION
DIABÉTOLOGIE
Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis - Casablanca
Tél : 0522 25 61 65 - 0522 23 25 06

170.00 + 390.00x3



1420.00 en 24h



Traitement de 3

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

PPC : 283.00 Dh

(01) 04015630068272

UDI

إقامة جوهرية، 150 طريق الوازيس (مقابل محطة القطار الوازيس) - الدار البيضاء

Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis (En face Gare Oasis) - Casablanca

Tél : 0522 25 61 65 / 0522 23 25 06 / Fax : 0522 23 25 06

En cas d'urgence : 0663 43 95 48

Patente : 091046169 - IF : 401444221 - ICE : 001714969000048

PHARMACIE BACHKOU
Docteur en Pharmacie
Quartier Bachkou, 47/48 Bd. de la Méditerranée
Tél.: 05 22 83 35 45

DR. ARBAOUI BATTAL FATIHA
Spécialiste
ENDOCRINOLOGIE - NUTRITION
DIABÉTOLOGIE
Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis - Casablanca
Tél : 0522 25 61 65 - 0522 23 25 06



6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg ○

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV : 390.00 DH

ORLIMEDIS NEGOCE

Facture N° : FC2401282

Date	CLIENT	PAGE
02/03/24	34210475	1

HOUMID BENNANI ADIL

TPE010129

Référence commande N°	Representant	Mode d'expédition	Mode de règlement
TPE010129	20AOUT	NONE	

Référence	Qté	Désignation	TVA	P.U TTC	Mt TTC
07819382078	1	BANDELETTE ACCU-CHEK INSTANT 50	20%	180,00	180,00

ORLIMEDIS NEGOCE SARL
Agence 20 Aout
N° 22 Bis, Angle Rue Lahcen El Arjoun
et Rue de la Place - Casablanca
Tél : 05 22 20 39 39 / 05 22 20 65 65

MT HT	TVA	MT TVA
150,00	20%	30,00

Total HT	Mt TVA	Total TTC
150,00	30,00	180,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:
180,00

DHs

ORLIMEDIS NEGOCE au Capital de 100 000 DH-Siège 22 Bis, Rue Lahcen El Arjoun, Casablanca
Tél : 05 22 20 39 39- 05 22 20 65 65- 05 22 27 35 06 Fax : 05 22 27 37 09- Email : contactorlimedisnegoce.com
RC : 383759- C.N.S.S : 5643128-Taxe Professionnelle : 36339321-I.F : 24849341-ICE : 001928097000020
RIB : CREDIT AGRICOLE -225 780 067 700 787 651 010 288-