

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



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

N° W19-467564

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9088 (9088) Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELNIR KHALID

Date de naissance : 23/11/1966

Adresse :

Tél. : 0678804749 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BALOUL BENNANI N
Médecine Générale
132, Bd Hassan II - Berrechid
Tél: 0522 33 75 55
ICE: 001748995000033

Date de consultation : 29/10/2019

Nom et prénom du malade : BELKHALID Age :

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

Nature de la maladie : inf glycémique

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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclaire 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° W19-467564

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
29.10.2019			13,000	INF: 061012457 Dr BALOUL BENNANI Médecin Généraliste 03 75 55 00 33

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE NOUVELLE</p> <p>Mr. Dik Mohamed</p> <p>Angle Rue Youssief Ibn Tachfin</p> <p>et Ben Abdelkhal - Berrechid</p> <p>Tel : 0522 32 41 40</p>	29-01-19	45060

[illegible]

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

* 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'Or

[illegible]

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE							
	<div style="margin-bottom: 10px;">H</div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 0 10px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">D</td> <td style="padding: 0 10px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 0 10px;">00000000 11433553</td> </tr> </table>	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>
	25533412 00000000	21433552 00000000						
	D	G						
	00000000 35533411	00000000 11433553						
	B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>						
	DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTIO

Dr. BALOUL BENNANI Nouzha

Médecine Générale
Echographie

Diplômée de la Faculté de
Médecine de Timisoara

132, Bd. Hassan II - Berrechid
Tel.: 05 22 33 75 55

Sur rendez-vous



الدكتورة بلول بناني نزهة

الطب العام
الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب بتيميمشوارة

132 ، شارع الحسن الثاني - برشيد
الهاتف : 05 22 33 75 55

بالموعد

Berrechid, le

29-10-2019

RETKI Now

LOT 191285
EXP 07/2022
PPV 149.50DH

149,50 Spectralm 100(01)

49,8

PHARMACIE NOUVELLE
Angèle Rile Youssouf Ibn Tachfine
et Ben Abdellah - Berrechid
Tél: 0522 33 41 10

LOT 9MA170
PER: 06/2024
FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V : 49DH80



6 118000 060062

85,00

Now

YC 50mg

LOT 192064 EXP 01/22
PPV 85DH00

70,30

Gyuo

70,30

96,00

Bis

LOT : M22101
EXP : 05/2023
PVC : 96,00/DH

450,60

Dr. Baloul Bennani
132, Bd Hassan II - Berrechid
Tél: 0522 33 75 55
CE : 001782100