

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



Déclaration de Maladie
N° P19-0032087

Maladie Dentaire Optique Autres *par journal*

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1347 Société : Royal Air Maroc
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : KAÏROUAN AHMED 118312
 Date de naissance : 1948
 Adresse : Rue ARTABAN, Rue AYA S, N° 64 TANGOR
 Tél. : 0661231421 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. DINA SEHVAR Dermatologue - Vénérologue Angle Rue Youssoufia et Rue Imam Assad Résidence Takroum, 3 étage N°19 - Tan Tél: 05 39 32 14 63
 Date de consultation : 4 / 3 / 2022
 Nom et prénom du malade : NISRINE KAÏROUAN Age: 25 ans
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Kystes fœux et abcès de gonds
 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 : 04 / 03 / 22
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-032087

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 :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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
4/31/22	C		250,00	DR. DIVA SEMMAM Dermatologue - Vénérologue angle Rue Youssoufia et Rue imam Ass vidence Takafoul, 3 étage N°19 - Tan Tél: 05 39 32 14 63

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pharmacieur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL BARAKA Jamil ZINAT Pharmacienne de Koweït - Iberia TANGER Tél: 0539 33 00 66 - 05 39 37 14 20 N°PE: 162004-188	04/03/22	451,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																							
				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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H		H																						
		25533412	21433552																							
00000000		00000000																								
D			G																							
00000000		00000000																								
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

Dr. Dina Semmar

Dermatologue - Vénérologue
Spécialiste des Maladies de la Peau,
des Ongles et des Cheveux
Maladies Sexuellement Transmissibles
Chirurgie de la Peau
Cosmétologie - LASER - Allergologie

الدكتورة دينة السمار

إختصاصية في أمراض الجلد،
الأظافر والشعر،
الأمراض التناسلية جراحة الجلد،
طب التجميل و الليزر الحساسية

Tanger, le : 4/3/2022 : طنجة في

83,70

2) Roxolid 300g

34,70

21 Sant 20g

28,09

2) cocoon

2 x 1 x 2, m

ul ment

20,00

deinde

69,00

AD ril

لل فذو
ساق



LOT N°:
UTAV:
PPV (DH): 34,70

Pharmacie AL BARAKA
INPE : 162004
la ZINATI Pharmacie
ce de Koweïl - Iberia
TANGER
19 33 69 68 - 05 39 37 14 20

LOT: 210432
PER: 04-2024-
PPV: 28,00DH

138.00

5) Kerapil? laut

2 x lipat, hadi... + 5000



56.30 2 subs per Δ

61 Dure

Ex... Δ

210



457.70



DR. DINI SEMMAR
Dermatologue - Vénérologue
10 Rue Youssoufia et Rue Imam Assi
ence 19000, 3 étage N°19 - Tan
Tel: 05 29 32 14 63

ROXOLID® 300mg○

Roxithromycine

7 Comprimés pelliculés



6 118000 340249

روكسليد® 300 ملغ

روكسيثروميسين

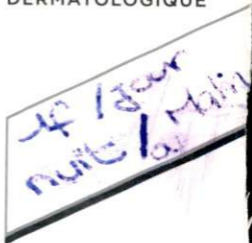
LOT: 201125
PER: 10-2022
PPV: 83, 70DH

7 أقراص ملبسة

عن طريق الفم

noreva

LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



KERAPIL®

SOIN DERMO-RÉGULATEUR

Jambes, Maillot & Barbe

DERMO-REGULATING CARE

Legs, Skin line & Beard

Anti-rugosités
Anti-poils incarnés

Anti-roughness
and ingrown hair

Testé sous contrôle dermatologique
Tested under dermatological control

TOUS TYPES DE PEAU

75ml • Made in France

D-CURE® AMPOULE

4 ampoules buvables

PPV: 56,30 DH
LOT: 21127D
EXP: 09/2023

Cholécalciférol 25 000 UI
Vitamine D3



Importé par : Ergo Maroc

Les laboratoires ERGO MAROC
108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.
AMM N° : 279/20dmp/NRQd

