

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.

Biologie 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.

Prothèse :

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

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° S19-0003400

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13121 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Joudat Mohammed Réda Date de naissance : 25/10/1989

Adresse : 07, Lotissement les muriers ain Sebaa, Casablanca, Maroc

Tél. : 0661776408 Total des frais engagés : 680,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/09/2019

Nom et prénom du malade : JOUDAT MOHAMMED REDA Age :

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

Nature de la maladie : Dermatose

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 : Casa Le : 27/09/19

Signature de l'adhérent(e) : 27/09/19

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
22-09-19	62		2300,00	<p>Docteur Amina LATIFI EP. M.D.</p> <p>Dermatologie - Vénérologie</p> <p>102, Bd. Oum El-Hay Mazola</p> <p>Résidence Selma 1^{er} étage - Casablanca</p> <p>Tél.: 05 22 89 76 62</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE MECQUA</p> <p>119, Avenue de la Mecque</p> <p>California - Casablanca</p> <p>Tel: 05 22 89 48 18 / Fax: 05 22 50 10 58</p>	22/09/19	380,50

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
		A M	P C	I M	I V	

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

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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



Casablanca le :

427-00-19

الدار البيضاء في :

faude + Noheung Redo

38,00

- Das ist ein Alkostenpfeil, wenn man an

87,30 - Vermoeden Ureter

logit . f m et a le roane les
of auri et a m satep
G sreen

111,00

-terfimi opa strong (both are 100%)

1- (PH) see see adon per PH

84,20

- Names for people

100510 le Nal ches et chesell

PHARMACIE MECQUA
119, Avenue de la Mecque
Californie - Casablanca
Tél : 05.22.52.59.48 / Fax : 05.22.52.59.58

Docteur Amina LATIFI Ep. H&B
Dermatologie - Vénérologie
102, Bd. Oum Erabi Hay Mazala
Résidence Selma 1^{er} Etage - Casablanca
Tél : 05.22.39.76.52

380.10

epiduo pel

Jan 1991 au 1992

Docteur Amina LATIFI Ep. HALLI
Dermatologie - Vénérologie
102, Bd. Oum Errach Hay Mazola
Résidence Solha 1^{er} Etage - Casablanca
Tel.: 05 22 93 76 52

- d'éruption cutanée
touchant les muqueuses
- d'allergie de type ple
fièvre, d'angine ou au
d'urines foncées, de selle
En cas d'insuffisance
prévenir votre médecin.
L'utilisation de ce médica
recommandée chez l'enfant.

111,00

LOT 19006
PER 0721
PPU 84DH20



conformer

Préc

Dan
altér
Ce n
goût
EN C
DE V
Pris
AFIN
PLU
TIQU
VOT
(En p
Inter
Sans
Utilis
Il est
gros
Si v
traiter
néces
D'UNE
GROSS
DEMANDER

LOT: 18004
PER: 0721
PPU: 84DH20



PROMOPHARM S.A.
Dermofix® Poudre
Sortieconazole

OU DE VOTRE
PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MÉDICAMENT.

Effet sur l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser
des machines

61 01 22
LOT PER
Prix 98,00

Contenance nette : 250 ml



Fabriqué par:
LABORATOIRES JUVA SANTE
8, RUE CHRISTOPHE COLOMB,
75008 PARIS
FRANCE

Distribué par : PROMOSER
N°23, Résidence CASA 1
282, Bd de la Résistance
CASABLANCA - MAROC

87,30



MENTIONNES DANS CETTE
INFORMER VOTRE MÉDECIN C
6. COMMENT CONSERV