

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.

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

- 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



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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0002829

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7004 Société : DAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AMELIAH Jilal Date de naissance : 7/1/64
 Adresse : 238 lot Laimoun CACA
 Tél. : 0661339850 Total des frais engagés : 47600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/06/2020
 Nom et prénom du malade : DR. ELLEH
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Douleur
 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 : CACA Le : 22/6/20

Signature de l'adhérent(e) :

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
10/06/2020			35900	Dr. Amine LAHJEL HALLI Dermatologue - Vénérologue 102, Bd. Oum Errabi Hay Mohammadi Résidence Selaa 1 ^{er} Etage - Casablanca Tel: 05 22 99 76 52 INDE 09 037 903

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LARIM SAC Tel: 05 22 99 76 52	10/06/20	12600

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

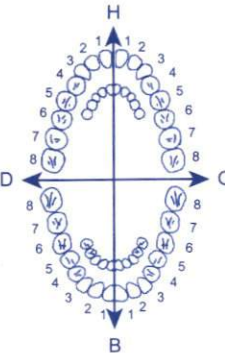
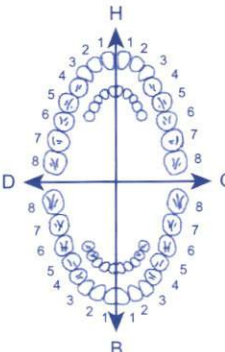
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Amina LATIFI EP HALLI

DERMATOLOGIE VENEROLOGIE
Ex. Médecin chef de l'hôpital Aïn Chock

- Maladies de la Peau, Cheveux, Ongles
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Cosmétique
- Chirurgie de la peau
- Allergologie
- Laser



الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلي

إختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية
طبيبة رئيسية سابقا بمستشفى عين الشق

- أمراض الجلد والشعر والأظافر
- الأمراض التناسلية
- جراحة الجلد والأظافر
- أمراض الحساسية
- التجميل
- العلاج بالليزر

Casablanca le : 10-06-2020 : الدار البيضاء في :

Amel Said

- Netrobunel 12 crues avec mas + 15 205,00

1000 mg/2

- Actipen 300 1 M 7,00

1000 mg/2

- Tolereun 1000 mg 1 M 5,00

1000 mg/2

x - eeren 1000 mg 1 M 135,00

1000 mg/2

1000 mg/2

1000 mg/2

1000 mg/2

1200

Dr. Amina LATIFI EP HALLI
102, Bd Oum Rabii Hay Mazola
32 Casablanca
Tél : 05 22 89 76 52

Dr. Amina LATIFI EP HALLI
Dermatologie - Vénérologie
102, Bd Oum Errabi Hay Mazola
Résidence Selma 1er étage - Casablanca
Tél : 05 22 89 76 52

102, Bd Oum Rabii Hay Mazola. Résidence selma 1er étage - Oulfa - Casablanca - Tél : 05 22 89 76 52 - GSM : 06 60 74 36 36

102, شارع أم الربيع حي مازولا إقامة سلمى الطابق الأول - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 89 76 52 المحمول : 06 60 74 36 36

®

دوكسيمايسين

دوكسيمايسين

100 ملغم

10 أقراص
متحللة



للبروفان
LABROPHAN

دوكسيمايسين



DOXYMYCINE® 100 mg 10 comprimés dispersibles

PPV 42DH00

EXP 02/2021
LOT 92020 1

®

دوكسيمايسين

دوكسيمايسين

100 ملغم

10 أقراص
متحللة



للبروفان
LABROPHAN

دوكسيمايسين



DOXYMYCINE® 100 mg 10 comprimés dispersibles

PPV 42DH00

EXP 02/2021
LOT 92020 1

®

دوكسيمايسين

دوكسيمايسين

100 ملغم

10 أقراص
متحالة



للبروف. ان
LAZROPHAN

دوكسيمايسين



DOXYMYCINE® 100 mg 10 comprimés dispersibles

PPV 42DH00

EXP 02/2021
LOT 92020 1