

## 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 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-523020

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9099

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : FARIS HADJI

Date de naissance : 10/03/66

Adresse : Habib Boule

Tél. : 06 61196397

Total des frais engagés :



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur V. DEVICO  
218, Av. de l'Indépendance Ben Mena  
Casablanca  
Tél: 05 22 24 11 19 / 05 22 40 50 82

Date de consultation : 20 FEV 2020

Nom et prénom du malade : FARIS HADJI

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection dermatologique

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) :

### 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

# 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
20 FEB 2020			4000H	INP : 091044834 Docteur V. DEVICO 218, Avenue de la République, 93100 La Chapelle Tél: 05 22 24 11 11 / 05 22 40 50 82

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie VICO 218, Avenue de la République, 93100 La Chapelle Tél: 05 22 24 11 11 / 05 22 40 50 82	de 20/02/20	230,50

# 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
		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 :

Veillez 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 : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				MONTANTS DES SOINS [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				DEBUT D'EXECUTION [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				FIN D'EXECUTION [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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 Victory Devico

Dermatologue

Membre de la société française de dermatologie

Centre Dermo - Laser

218, Av. Ambassadeur Ben Aïcha

Tél. : 05 22 24 11 19 / 05 22 40 50 82

Casablanca

الدكتور فيكتور دوفيكو

أمراض الجلد

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجلد

مركز درمو- الليزر

218 شارع السفير بن عائشة

الهاتف : 05 22 40 50 82 / 05 22 24 11 19

الدار البيضاء

François I. K. R. M.



69,00x4

Tetralysal

P. 20 Ten

DIFFERINE 0,1 %  
crème, tube de 30 g  
AMM N° 291 DMP/21/NCV  
P.P.V : 72,50 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P.N° 1, 27182 Bouskoura-Moroc



6 118001 070206

72,50

e P. 20 Ten

Cine Riven en Bal

debut) et 30 Ten

37 Ten avec Cleon en



94,00



169,00

4 D. 20 Ten

(Visage et Ten)



219,00

Dos) -

5 Eau 10ml Broches

Ten

Docteur V. DEVICO  
DERMATOLOGUE

218, Av. de l'Ambassadeur Ben Aïcha  
- Casablanca -

Tél: 05 22 24 11 19 / 05 22 40 50 82

Pharmacie VICTORIA  
Dr. Yasmine RAZZAK  
Angle Avenue de Nabeul et 21  
Avenue Hassan II - Tél: 05 22 39 14 56

بالميعاد : أيام الإثنين، الثلاثاء وأحد من الساعة صباحاً إلى الثانية عشرة، ومن الثانية إلى الثالثة بعد الظهر والجمعة صباحاً من الساعة صباحاً إلى الثانية عشرة  
Sur rendez-vous les Lundi - Mardi - Jeudi de 9h à 12h et de 14h à 15h, et Vendredi matin de 9h à 12h  
Fermé le Vendredi après midi et les Mercredi et Samedi toute la journée