

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A 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.

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



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

Declaration de Maladie

N° W19-532445

AD: 36558

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7388

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

MAJBAR Mohamed

Date de naissance :

20.05.1966

Adresse :

Tél. : 06 66 24 57 26

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

MAJBAR LINA

Age : 14

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Dermatologie

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Signature

Le :

13 AOUT 2020

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
8-6-2020		1	200	[Signature]
		1	200	

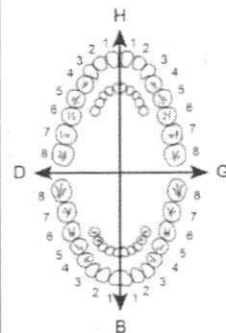
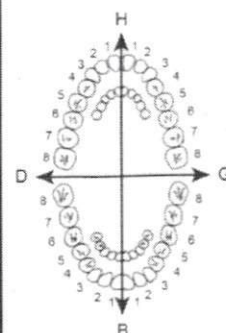
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/06/2020	50.20

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
		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.

					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			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

Professeur EL OUAZZANI Tam

Dermatologie - Vénérologie
Dermato - Allergologie
Dermatologie Esthétique
Laser

الأستاذة الوزاني طام

اختصاصية في أمراض الجلد والشعر
والأمراض التناسلية الحسية
وعلم التجميل

Casablanca, le : 8 - 6 - 2020 في الدار البيضاء

Yell - Nagbar Lucia

25.10x2
Fuma fer 2 gel / 1°

T: 50.20



Professeur EL OUAZZANI Tam
Dermato - Vénérologie
Dermato - Allergologie
Dermatologie Esthétique
Laser
Casablanca
Tél. : 05 22 99 62 74 / 76
Fax : 05 22 99 62 74

PHARMACIE LE GALIEN
75, Bd. Massira Al Khadra - 1er Etage à gauche - Casablanca
Tél. : 05 22 99 62 74 / 76
Fax : 05 22 99 62 74

75, شارع السيرة الخضراء - الطابق الأول يسار - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 99 62 75 / 76 - الفاكس : 05 22 99 62 74

75, Bd. Massira Al Khadra - 1er Etage à gauche - Casablanca Tél. : 05 22 99 62 75 / 76 - fax : 05 22 99 62 74

Email : tamelouazzani@gotmail.com

PROFESSEUR EL OUAZZANI TAM
DERMATO - VENEROLOGIE
DERMATO - ALLERGOLOGIE
DEERMATO - ESTHETIQUE
MELASER

Casablanca le 08 JUIN 2020

Note d'honoraire

NOM

Helle Najben

PRENOM

Lina

DATE	LIBELLE	MONTANT
08 JUIN 2020	• ABLATION DE VERRUES	700.00 DHS
	TOTAL	700.00 DHS

PROFESSEUR EL OUAZZANI TAM

Professeur EL OUAZZANI Tam
Dermato - Vénérologie
Dermato - Allergologie
Dermatologie Esthétique
Cosmétique - Lasers
75, Bd Massira Al Khadra - Casablanca
Tél: 0522 99 62 75/76 - Fax: 0522 99 62 74
INP: 091152389

75 Boulevard Massira Al khadra Maarif Casablanca
TEL : 05.22.99.62.75 / 76 Fax : 5.22.99.62.74
E-mail: tamelouazzani@hotmail.com

IF 407 182 75
ICE 00166454000031

TP 357 100 28

CNSS 738 43 16
INP 09 11 52 189

FUMAFER®

fumarate ferreux **200 mg**
(équivalent à **66 mg** de fer)

PPV 25.10 DH
LOT T060 PER 01/24

100 comprimés
voie orale

FUMAFER®

100 comprimés

(64 x 25 x 90) mm

عدد الجرعات في اليوم
NOMBRE DE PRISES PAR JOUR

MATIN	MIDI	SOIR
		
		

PPV 25.10 DH
LOT T222 PER 02/24

100 comprimés
voie orale

AFER®

més

(64 x 25 x 90) mm

عدد الجرعات في اليوم
NOMBRE DE PRISES PAR JOUR

MATIN	MIDI	SOIR
		
		