

# PRATIQUER LES RÉMBOURSEMENTS 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.

## Educations :

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.

## Prothésiste 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

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



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

N° P19-

059699

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2484 Société : 36691

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELOUAFI Mouna

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.88.84.87.74 Total des frais engagés : Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : La : / /

Signature de l'adhérent(e) :



SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des										
					Montant des soins										
					Début d'exécution										
					Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins
		H													
		25533412	21433552												
		00000000	00000000												
00000000	00000000														
35533411	11433553														
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis												
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de												
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution													

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : <u>ELOUAFI MOUNA</u>	Mle <u>2484</u>
<b>DECLARATION N°</b>		<u>W18-350801</u>	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<u>12/8/2020</u>			
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <u>2484</u>	Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent
Nom & Prénom <u>ELOUAFI MOUNA Veuve NATIM</u>			
Fonction : <u>Rebailé</u>	Phones <u>06188184187174</u>		
Mail			
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient <u>ELOUAFI MOUNA</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>58</u> Date <u>16.07.2020</u>
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>cu</u>			<u>113590</u>
<b>PHARMACIE</b>		Date <u>16.10.2020</u>	
Montant de la facture		<u>11901w</u>	
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date : .....	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
CACHET			
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date : .....	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

# Docteur Amina LATIFI EP HALLI

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

- Maladies de la Peau, Cheveux, Ongles
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Cosmétique
- Allergologie
- Chirurgie de la peau
- 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 : 16-07-2022 : الدار البيضاء في :

EL ALAFI Neuro

981.00

- Pains au dos et en bras



LOT 68  
Prix 981.00

87.30

- Dermofix avec



/ au bras au niveau du coude

83.70

- Remarques après 300mg



19/11/2021

ROMAC 300 mg  
LOT: 707-  
PER: 02/23  
PPV: 63-7004

88.17

- Nom de patient (bouteille de)

Mellouche

NOMYC 150 mg  
4 Gélules  
LOT: 199086 EXP: 09/22  
PPV: 78DH00



28/11/13  
- Tricouvar solulen

60ml 1/12



W 06mg

- peripheral amp adrebut

1/2 amp 1/12

Ches

11/10/13  
- Anacaps capnet

1 capnet 1, 103m

- peripheral champas opavaten (gaam verte)

~~HARMACIE OCEAN BAY~~

~~Dr. Filali Aoual Fouad 20/1/2013~~  
~~127, Ocean Bay~~  
~~Dar Bouazza~~

~~Docteur Amina LATIFI Ep. HALLI~~  
~~Dermatologie - Vénérologie~~  
~~102, Bd. Oum Errabi Hay Mazola~~  
~~Residence Selma 1<sup>er</sup> Etage - Casablanca~~  
~~Tel.: 05 22 89 76 52~~

- lapa au tolereu dermo net

- Generkin left haue pel aulinap

1/11 1/12/12

- Fklee pauer

1/12/13

1/11 1/12/12

- Rekonil 3 capet

Docteur Amina LATIFI Ep. HALLI  
Dermatologie - Vénérologie  
102, Bd. Oum Errabi Hay Mazola  
Residence Selma 1<sup>er</sup> Etage - Casablanca  
Tel.: 05 22 89 76 52

1/12/12

- lerae sunn Net volen luef pue 6m