

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-521196

NID: 45 415

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Royal Air Maroc

Matricule : 10876 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : AT.ATE

Nom & Prénom : FADILI

Date de naissance : 15/11/1972

Adresse : LES OLA BLANCA IMM. FS APP16  
LAMHARZA ES-SHAHEL B.2 IDIRAS  
0661451031

Tél. : 0661451031 Total des frais engagés : 0 Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/10/2020

Nom et prénom du malade : FADILI AT.ATE Age : 47 ANS

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 : Casablanca Le : 06/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://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
06.10.2020	C.S.		300,00	INP : 19M98868 Br. Dufray - Vénissieux Adresse : 10 Avenue du Phare - CASABLANCA Tél : 0529 66 57 77 / 06 47 47 09 15
07.10.2020	examen de vue		1000,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/10/2020	955,52

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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				CCEFFICIENT 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			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Médecine esthétique - Cosmétologie  
Maladies et chirurgies de la peau  
Maladies sexuellement transmissibles  
Diplôme de dermatologie esthétique  
Diplôme de dermatologie pédiatrique  
Diplôme de dermatologie et maladies

LOCERYL 5%  
Vernis à ongles médicamenteux  
Flacon de 2,5 ml  
AMM N° 07 DMP/21/NCN  
PPV: 321,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P. N° 1, 27192 Bouskoura-Moroc

6 118001 070381

لوسريل

تيكوما  
تيرينافين

أقراص قابلة لللك

TEGUMA® 250 mg  
28 comprimés sécables

6 118001 101054

LOT : 200506

UT AV : 04/2023

PPV : 199,00DH

LOT : 191454

UT AV : 10/2022

PPV : 65,00 DH

LOT : 200506

UT AV : 04/2023

PPV : 199,00DH

Mme FADILI

TEGUMA CP 250

1cp par jour pdt 10jours par mois

LOCERYL LOTION

1 application 2 fois par semaine

DERMOFIX CREME

1 application par jour sur les p  
semaines

DERMOFIX POUDRE

1 application par semaine sur

XERIAL 30 PIEDS

1 application par jour sur les pieds

PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE, 21/10/2020

Dr Ouafae BENHIBA  
Dermatologue - Vénérologue  
Angle Bd TanTan et avenue Dr Sijilmassi  
Rég. San. 1er étage - Bourgogne  
Casablanca  
Tél: 06 41 47 09 15 / 05 22 36 55 77 / GSM: 06 41 47 09 15

Angle Bd TanTan et avenue Dr Sijilmassi (ex. Bd du phare), résidence Sani,

1er étage, Appt 3, Bourgogne - Casablanca

Tél: 05 22 36 55 77 / 06 41 47 09 15 - E-mail: drbenhiba@gmail.com

زاوية شارع طاططان و شارع الدكتور سيلماسي (شارع المنار سابقا)، إقامة سامي، الطابق الأول، شقة 3، بوركون - الدار البيضاء  
drbenhiba@gmail.com : البريد الإلكتروني : 06 41 47 09 15 / 05 22 36 55 77 - الهاتف :

84.20

LOT 20004  
PER 04/28  
PPV 87DH30

8730

Pharmacie DU PHARE  
16 avenue mohamed sijelmassi  
Casablanca  
0522266819

## Vente

**Ticket :** FAC-90840

**Date :** 07/10/2020

**Gestionnaire :** tarik sabar

Produit	Qté.	P.U	Total
.....			
DERMOFIX 2% 30G POUDRE	1	84,20	84,20
.....			
DERMOFIX CR 30G CREME	1	87,30	87,30
.....			
TEGUMA CO 250MG B28 COMP MR	2	199,00	398,00
.....			
LOCERYL UE 5% FLACON 2,5ML SOL PM MV	1	321,00	321,00
.....			
TEGUMA CO 250MG B7 COMP	1	65,00	65,00
.....			
Sous-total HT			892,99
TVA			62,51
Total TTC			955,50