

## 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.

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

## Déclaration de Maladie

N° W19-522888

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09099 Société : 53452  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : FARIS ABDELHAK  
 Date de naissance : 10/03/66  
 Adresse : Habituée  
 Tél. : 06 61 19 63 97 Total des frais engagés : 0,00

Cadre réservé au Médecin : DR. AFILAL Lalla Aziza

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/10/2020  
 Nom et prénom du malade : FARIS ABDELHAK  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Dentaire  
 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) : /

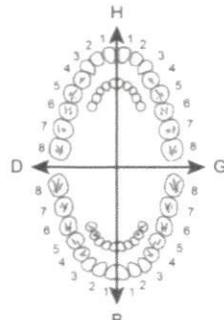
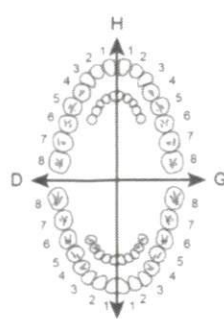


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18/09/16	C3	1	350.06	INP : 05 22 20 56 49 Dr. AFAILAL Lalla Aziza Spécialiste en Dermato-Vénérologie 6, Quartier des Hôpitaux - Casablanca Tél : 05 22 20 56 49 - Fax : 05 22 22 35 05

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAWLIZ Mr. HAMOUMI ABDELHAMID 3, Bd TAN TAN - EL HANOU CASA ANFA Tél: 05 22 36 23 74		28.09.16	513.60

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	

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'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT 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 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 <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															



Dr. Aziza AFAILAL

Spécialiste en Dermatologie  
et Vénérologie

Ex. Enseignante à la Faculté  
de Médecine de Casablanca

Médecine Esthétique

Chirurgie Dermatologique  
et Laser

الدكتورة عزيزة أفيلال

اختصاصية في الأمراض الجلدية  
والتناسلية

أستاذة سابقا بكلية الطب

بالدار البيضاء

طب التجميل

الجراحة الجلدية

والليزر

Casablanca, le

18/09/2020

الدار البيضاء، في

Mr Fadi WASH

580

146.6

20

199

1 - Occurrence fel Net-hat par 4 pices,

2 - Tinea Mycoter 8% sol 13ml

3 - Tinea Teguna 20 14 150/12

4 - Teguna 20 14 150/12

TOTAL 513.6

AM71 0223

LOT PER

Prix 98.00

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Mycoster 8% sol 13ml  
P.P.V : 146,60 DH

6 118001 182589

LOT: 200011  
PER: 01-22  
PPV: 70,00DH

LOT : 191992  
UT AV : 12/2022  
PPV: 199,00DH

Dr. AFAILAL Lalla Aziza  
Spécialiste en Dermato-Vénérologie  
6, Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tél : 05 22 20 56 49 - Fax : 05 22 22 75 30

PHARMACIE DAWLIZ  
Mr, HAMOUI  
3, Bd TAN TANI  
CASA  
Tél: 05.22

6, Avenue des Hôpitaux - Résidence du Parc 2ème étage - Quartier des Hôpitaux - Casablanca

Tél. : 05 22 20 56 49 - Fax : 05 22 22 75 30 / E-mail : a.afailal2@gmail.com