

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

- 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 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° W19-528355

167876

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. LAHLOU MAJID
Dermatologue - Vénérologue
72, Rue Ahmed El Mejjati Maarif
Tél. : 0522 253 569-0661 066 978

Dr. LAHLOU MAJID
Dermatologue - Vénérologue
72, Rue Ahmed El Mejjati Maarif
Tél. : 0522 253 569-0661 066 978

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
22/06/23	C2	C2	300	INPE: 091089631 Dentiste - Radiologue Dr. Lahlou Mohamed Maarif Tél: 05 22 253 569-0661 066 978
	+K50	+K50	+1000	
			1300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/06/23	144,40

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF																		
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 COEFFICIENT 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														

Docteur Majid Lahlou

الدكتور مجيد لعلو

SPECIALISTE

DERMATOLOGUE-VENEREOLOGUE

Maladies de la peau, du cuir Chevelu et
des ongles.

Maladies Sexuellement Transmissibles
Chirurgie Dermatologique

COSMETOLOGIE.

72, Rue Ahmed El Mejjati - Mâarif
(EX. ALPES) - 2ème étage

CASABLANCA - Tél : 05 22 25 35 69

G.S.M: 06 61 06 69 78

CASABLANCA, le

اختصاصي

في أمراض الجلد والشعر

و الأظافر

الأمراض التناسلية

جراحة الجلد

علم التجميل

72، زنقة أحمد المجاطي (سابقاً ز. ذي زالب)

الطابق الثاني - المعارف

الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 25 35 69

المحمول: 06 61 06 69 78

22 JUN 2023

Monsieur. CHALAK. ZIAD

25.00

① Betadine Solution
10pp x 2/ sur la cicatrice
du kyste du cuir
chevelu. soif: 2 gélules

116,40

② Floxan 500
2 gélules x 2/ 1 heure 1/2
après le repas du petit déjeuner
et du dîner x 6 jours.

141,40

PPV 116DH40
LOT 2N020 1
EXP 11/2024

FLOXAM®
Flucloxacilline

500 mg

24 gélules

Voie orale

AD-DOHA
Cité Plateau
22 25 96 69

Dr. LAHLOU MAJID
Dermatologue - Vénérologue
72, Rue Ahmed El Mejjati Maarif
Tél: 0522 253 569 - 0661 066 978

Docteur Majid Lahlou

الدكتور مجيد لاطو

SPECIALISTE

DERMATOLOGUE-VENEREOLOGUE

Maladies de la peau, du cuir chevelu et
des ongles.

Maladies Sexuellement Transmissibles

Chirurgie Dermatologique

COSMETOLOGIE.

72, Rue Ahmed El Mejjati - Maarif

(EX. ALPES)-2ème étage

CASABLANCA - Tél : 05 22 25 35 69

G.S.M: 06 61 06 69 78

اختصاصي

في أمراض الجلد والشعر

والأظافر

الأمراض التناسلية

جراحة الجلد

علم التجميل

72، زقة أحمد المجاطي (سابقاً ز. ذي زالب)

الطابق الثاني - المعارف

الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 25 35 69

المحمول: 06 61 06 69 78

CASABLANCA, le

22 JUN 2023

Compte Rendu = certificat médical
justificatif d'une consultation et
d'un acte

Je soussigné certifie AVOIR consulté
ce jour, 22 JUN 2023 Monsieur CHALAK,
ZIAD et déclare qu'il a eu enlevé
un kyste trichosémal du cuir chevelu
consultation cotée à 300 m.
Acte coté à K50 = 1000 m. et K=200 m.
le tout c2 + K50 = 1300 m.

Dr. LAHLOU MAJID
Dermatologue - Vénérologue
72, Rue Ahmed El Mejjati Maarif
tél: 05 22 25 35 69 - 06 61 06 69 78