

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 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

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'Hopital Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-797369

A 29030

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>12550</u>	Société : <u>Royal Air Maroc</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>KHOUKHI SUISSAMA</u>			
Date de naissance : <u>3 Juin 1989</u>			
Adresse : <u>Résidence Les Drapides 3 Appart 6 Zemmour Sidi Riad Mohamed</u>			
Tél. : <u>06 13 27 60 95</u>	Total des frais engagés : <u>506,9</u> Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Cachet du médecin : </div>			
Date de consultation :	<u>21/09/2023</u>	Age :	<u>20</u>
Nom et prénom du malade :	<u>KHOUKHI SUISSAMA</u>		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie :	<u>Dermatosé</u>		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous brouillon 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 : Al Le : 21/09/2023
 Signature de l'adhérent(e) : Sy



RELEVE 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
11/09/2023	CS		G	INP : 131786619 Signature de Dr WAFAA LABI Medico-chirurgicale et Esthétique Dr Wafaa LABI Tél. : 05 20 80 00 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA GRANDE PHARMACIE DOCTEUR EN PHARMACIE MDAII ED HASSAN II MOHAMMED Tél : 05 23 32 01 10	21.09.23	506,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.					

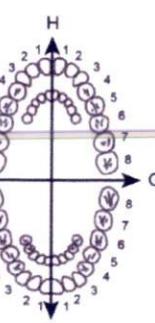
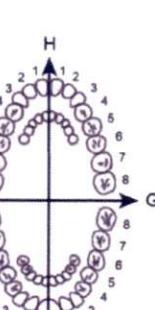
ADHERENT

RELEVE 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 canalaire, 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				
	H	25533412 00000000 D —————— 00000000 35533411	G	21433552 00000000 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	G		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	D		B		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	G				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE DERMATOLOGIE

Dr. Wafaa LABBARDI

Lauréate de la faculté de Médecine

de Casablanca

Ancienne Interne au CHU Casablanca



عيادة أمراض الجلد الدكتورة لبردي وفاء

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي الدار البيضاء

- Maladies de la peau, cheveux et ongles
- Dermatologie-Vénérologie
- Dermatologie-Allergologie
- Dermatologie Pédiatrique
- Dermatologie Esthétique - Laser

- أخصائية في أمراض الجلد، الشعر والأظافر

- الأمراض التنسالية

- الأمراض الجلدية عند الأطفال

- حساسية الجلد

- الطب التجميلي - العلاج بالليزر

Mohammedia le : المحمدية في :

KTHERK H

ASSATA

70.00x3

1/- Doxymycine 200mg SV

36.00

cutacnyl

1cp

10%

SV

x officiel lev

260.00

Doxyst

1-11-11 iv Dul.

SV

SP

~~T=506.50~~

1-11-11 en oculair

oyle

4-

Uriage

cicacream

1-11-11 xdi

Thal

الطبقة الثانية الشقة 12 العالية المحمدية (A) شارع محمد السادس إقامة رياض قبائلة 2 العمارنة

Bd. Mohammed IV, Résidence Riad Fdala 2, Bâtiment A, 2 ème Etage, Appt 12, El Alia, Mohammedia



+212 5 23 30 40 04



+212 642 532 202



wafaalabbardi@gmail.com

Patente : 39297340 - IF : 248109948 - ICE : 001959636000030 - CNSS : 5506491 - INPE : 091186619

Maphar
Bd Alkmia N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
ON'STER PT UREE DM 10G
PPC : 260,00 DH

LA GRANDE PHARMACIE
EL QUEDATI SI MIRA
DOCTEUR ELI PHARMACIE
WARDA IL BD HASSENI MOHAMMEDA
Tél: 05 23 31 01 10

DOXYMYCINE
10 comprimés 200 mg

6 118000 032410

DOXYMYCINE
10 comprimés 200 mg

6 118000 032410

DOXYMYCINE
10 comprimés 200 mg

6 118000 032410

DOXYMYCINE® 200 mg 10 comprimés
dispersibles
PPU 70DH00 EXP 11/2024
LOT 2N018 1

DOXYMYCINE® 200 mg 10 comprimés
dispersibles
PPU 70DH00 EXP 11/2024
LOT 2N018 1

DOXYMYCINE® 200 mg 10 comprimés
dispersibles
PPU 70DH00 EXP 11/2024
LOT 2N018 1

CUTACNYL 10%
Gel pour application locale tube de 40 g
AMM N°60 DMP/21/NCI

PPV: 36,90 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc

6 118001 070183

GALDERMA