

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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



Déclaration de Maladie

N° W21-708164

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 11095

Société :

Royal air maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

CHAFI MUSTAPHA

Date de naissance :

23/05/1975

Adresse :

Rsd el hamd Elz Apt 13, Rue 22

Drin chfia 03 casa

Tél. : 066 7812469 Total des frais engagés : 655,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

04/08/2023

Nom et prénom du malade :

CHAFI LATIF

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Des 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 fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Chaf



12/08/2023

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/03/2023	316,40

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

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 canalaires, 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 PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux <input type="text"/>																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000		35533411		11433553		B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D	G																		
	00000000																			
	35533411																			
	11433553																			
	B																			
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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 . Najat ATIDE

Diplômée de l'Université de Versailles

Dermato - Vénérologue

Maladies et Chirurgie de la peau

des cheveux et des Ongles

Maladies Sexuellement Transmissibles

Dermatologie Esthétique

Traitement au Laser



جلدة

DIFFERINE 0,1 %
crème,tube de 30 g
AMM N° 291 DMP/2/1/NCV
PPV : 72,50 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura-Maroc
6 118001 070206



العلاج بالليزر

Casablanca , le : 02.08.23 الدار البيضاء :

Mme CHAFI Lotifa

* Mousse

3 Emollients no AHA

1 soin 12

faut le mousse.

2.5% Differine

Pr. Farhatine Ouled
Bd. El Fida 1200
Casablanca - Tel :
ICE : 00049

faut le mousse.

Q Clorilys

100ml (j)

le seuil - faut

le mousse

- Novexpert antidiéto expert

contenu 400g

Bd. Mohamed Bouziane, Résidence Farhatine, Imm. N° 4, Appt. N° 4, 1er Étage

Sidi Othman, Casablanca (en face de la SGMB)

Tél : 05 22 37 12 19 - 06 59 65 00 63 - E-mail : najatatide01@yahoo.fr

100ml

2x100ml conteneur 400g

- Melascreen éclat

Rappel j le matin -
tout le visage.

- Baudem Giaz Daily Serum

Malj a. 74 = fait

le visage.

& Droits

* Préparation

S. Saine solice

Pson cie

leppel j

Droits -

Esta P80

leppel

366,1°

leppel

366,1°

leppel

Plane

l'ondre

la table

le seu

Dr. Z

3T

1T

les coups

Dr. Moulai ATIDE

Spécialiste en Médecine Esthétique

Vénérologue - Médecine Esthétique

Bo. Léopoldine - Casablanca - Maroc - Tel. 05 58 65 00 63

CASABLANCA - Tel. 05 58 65 00 63

Mar 10/07/2002