

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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-004558

187530

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8768 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MALIC BENABD N°1000

Date de naissance : 29-10-67

Adresse : 4, ALLÉE de Pensee HENRI

Tél. : 0661157264 Total des frais engagés : 330, DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/09/2023

Nom et prénom du malade : El Jeki Benabda Haier Age: 13ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Anrd

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Casa Le : 29/09/23


Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation UNDP N° : A-A-215 / 2019

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
27/09/23	ce		300.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/09/23	r = 330,00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

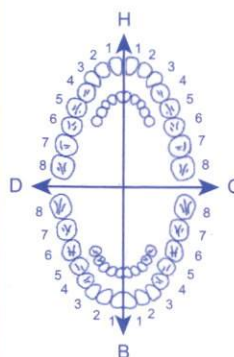
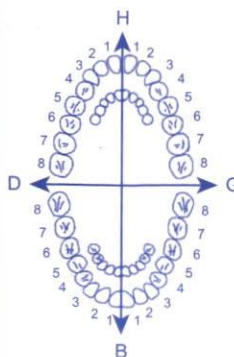
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
																	
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"/>														
	<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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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. Yasmine SLIMANI



Cabinet de Dermatologie

د. ياسمين سليمان

أخصائية في أمراض الجلد

أمراض وجراحة الجلد

أمراض الشعر والأظافر

حساسية الجلد

الأمراض التناسلية

الأمراض الجلدية عند الأطفال

العلاج بالليزر الطبي

طب التجميل

DERMATOLOGUE

Maladies et chirurgie de la peau

Pathologies des cheveux et ongles

Maladies sexuellement transmissibles

Allergologie cutanée

Dermatologie Pédiatrique

Lasers médicaux

Dermatologie Esthétique

ORDONNANCE

Casablanca, le **27 septembre 2023**

Mme EL MALKI BERRADA Hajar

110x3
330100

1/ DOXYMYCINE 100MG

1 cp par jour au milieu du repas du soir pendant 3 mois

2/ EFFACLAR GEL LAVANT MICROPEEL 131

1 application par jour le soir

✓ **3/ DIFFERINE creme**

appliquer un soir sur 2 pendant 15j puis tous les soirs sur les zones acnéiques (3 mois)

4/ TOLÉRIANE SENSITIVE CRÈME HYDRATANTE 136

1 application par jour le soir

(5) EUCÉRIN OIL CONTROL ECRAN SOLAIRE SPF50 209

1 application par jour le matin

T=330100

Dr. Yasmine Slimani
Dermatologue - Venetologie
Capital Office Center - 93 Bd. Arrachati
4ème étage - Casablanca
Tél: 05 22 25 69 83
05 22 25 69 83

DOXYMYCINE® 100 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 110DH00
EXP 03/2025
LOT 2N017 1

DOXYMYCINE® 100 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 110DH00
EXP 06/2025
LOT 36014 1

DOXYMYCINE® 100 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 110DH00
EXP 08/2025
LOT 36014 1