

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

- Reclamation : 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 (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° W21-829167

190260

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 8969

Matricule : 8969 Société : Ram

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL FATHI LALAOUI MY AHMED

Date de naissance : 16.09.72

Adresse : Box. 14501, Dr. D. ne 14501

Tél. : 0661 69621 Total des frais engagés : 1067 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. FELLAHI Ali
Dermatologue-Vénérologue
B. Mokhtar El Gannoui
Sidi Bernoussi Casablanca
05 22 755 843

Date de consultation : 27 DEC. 2023

Nom et prénom du malade : EL FATHI LALAOUI med BADR Age : 51

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

Nature de la maladie : DERMATOSE

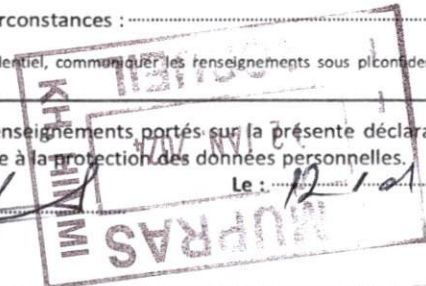
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca Le : 12/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie UNANE-VICTORIA</p> <p>DR. Yasmine BELKHATTAB</p> <p>Lot. ANNASR, Bloc 8N 331 - Casablanca</p> <p>Tel: 05 26 10 10 40</p>	2023	9.718

[illegible]

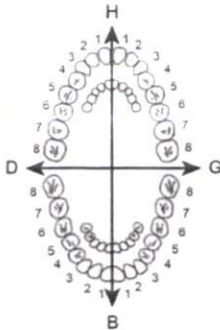
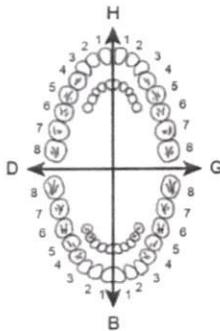
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

EPIDUO GEL

Tube de 30 g

PPV: 146,60 Dir

AMM N°02 / 14 DMP / 21 / NR9

Distribué par SOTHEMA

B.P. N°127182-Bouskoura

6118001 071692

GALDERN

Ali

Dermato - Allergologie
Chirurgie Dermatologique
Dermatologie esthétique
LASER

Tél.: 0522 75 58 43
GSM : 0624 75 55 95

Casablanca, le 27/12/2023

PPV :

LOT :

PER :

LOT :

PER :

جراحة الجلد
علم التجميل و الليزر

الهاتف : 0522 75 58 43
المحمول : 0624 75 55 95

Monsieur EL FATHI LALAOUI MOHAMED BADR

216. 1) EFFACLAR H CREME LAVANTE

toilette du visage 1 fois / jour.

146. 2) EPIDUO GEL

1 appl. / soir visage pdt 2 mois

168. 3) DCP MOIST INTENSE

30 minutes après EPIDUO et au besoin.

(22. 4) ISTACYNE 100MG

1 cp. / j après le repas pdt 2 mois. N°6

5) LAROCHE POSAY PURE NIACINAMIDE 10

1 appl. / matin sur le visage.

155. 6) SKINING ECRAN PEAUX MIXTES

1 APPL / matin et toutes les 2h.

شارع مختار بن أحمد الكرناوي، مجموعة 115، رقم 5، القدس، سيدي البرنوصي، الدار البيضاء (أمام مسجد القدس)

N° 5 Bd Mokhtar Ben Ahmed El Guernaoui, Al Qods Sidi Bernoussi, Casablanca

البريد الإلكتروني: E-mail : afellahi@gmail.com - الهاتف : 0522 75 58 43 - GSM : 0624 75 55 95