

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 l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 46 (4 G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W21-773040

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : AAAAA Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MOUKI YOUNES

Date de naissance : 19/05/1979

Adresse : Ag 5439

Tél : 0644 256332 Total des frais engagés : _____ Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. Sofia EL MESBAHI
Dermatologue Vénérologue
Rés Ryad Al Qods, GH 3
Imm 1, N° 6 - Bd Al Qods
CASA - Tél: 0522 38 05 59

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/01/2024

Nom et prénom du malade : AUMKIA SANAHE Age : 46

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

Nature de la maladie : Pityriasis Rose de Gibut - Dermite Séborrhéique

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 BLANCA

Le : 29/01/2024

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

VOLET ADHERENT

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
29/1/24	01	1	302,80	INP : 091163255 Dr. SOLEIL MESSBAHI Dermatologue Vénérologue Rés Ryad Al Qods, GH 3 Imm 1, N° 6 - Bd Al Qods CASA - Tél: 0522 38 05 59

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Responsable	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL INARA Hamid Haddad Docteur en Pharmacie Mariage Mariage Al Inara AV 2 Mars, Local B5, Ain chock, CASA Tél: 0522 38 05 59	29/01/24	839,80

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 prie 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

Docteur SOFIA EL MESBAHI

DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE

Allergologie

Dermatologie Pédiatrique

Chirurgie Dermatologique

Médecine Esthétique

Laser



الدكتورة صوفيا (المصباحي)

إختصاصية في أمراض الجلد، الأظافر و الشعر

الأمراض التناسلية،

حساسية الجلد

التجميل

الليزر

Le :

29/01/2024

Mme AUHKIM Samahe

1 - CKS Gel Surgras

pour la toilette

2 - Hydracort crème

2 fois par jour

3 - Avène Tolerance HYDRA

1 Application, 2 fois par jour

4 - Cleniderm crème

1 Application, 2 fois par jour

5 - ALORA 5 mg

1 Comprimé le soir

6 - Kelual DS shampoing

3 fois par semaine pendant 15 jours puis 2 fois par semaine (garder 5 mn et rincer)

7 - Mycoster solution 1%

4-5 pulverisations 2 fois par jour pendant 15 jours (cuir chevelu)

LOT: 0126
EXP: AVR 2025
PPV: 40,40 DH

20,100

PHARMACIE ACIMA AL
Hamid HAZ
Docteur en Pharmacie
Mariane Mark
Ain Mars, Local 86, Ain Mars

LOT: M1070
EXP: 06/2025
PPV: 51,90 DH

43,50

Dr. Sofia EL MESBAHI
Dermatologue Vénérologue
Rés Ryad Al Qods, GH 3
Imm 1, N° 6 - Bd Al Qods
GASA - Tél: 0522 38 05 59

Bd Al qods, Résidence Ryad Alqods GH3, Imm.1, App: 06, 3ème étage, Ain Chock

شارع القدس، إقامة رياض القدس، عمارة الشقة 6، الطابق 3، عين الشق

الهاتف/الفاكس : 05 22 38 05 59

GSM : 06 96 44 11 04 : الهاتف / E-mail : sofiaelmesbahi@gmail.com