

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-567331

N D 4 2791

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12967 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : EL MAKLOUDI Mohssin

Nom & Prénom : EL MAKLOUDI Mohssin

Date de naissance : 26-10-1985

Adresse : Résidence Hamal, Im 5, Apt 58, Sidi Maataouj 20430 Casablanca

Tél : 0767-400-485 Total des frais engagés : 607,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/09/2020

Nom et prénom du malade : EL Maklouidi Mohssin Age :

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

Nature de la maladie : Dermatoses

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 : 27 / 09 / 2020

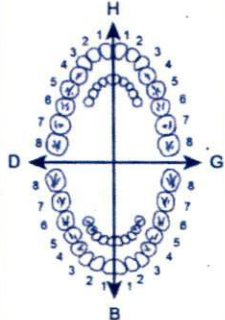
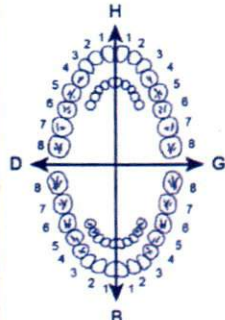
Signature de l'adhérent(e) : Mohssin EL Maklouidi

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
09/09/2020	CS		250 000	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] IPE: 091191940

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/09/2020	357,50

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 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																
				MONTANTS DES SOINS []																
				DEBUT D'EXECUTION []																
				FIN D'EXECUTION []																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS []																
			DATE DU DEVIS []																	
			DATE DE L'EXECUTION []																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Khadija EL FANNI

Dermatologue - Vénérologue
Spécialiste des maladies de la peau
de l'ongle et de cuir chevelu
Maladies sexuellement transmissibles
Cosmétologies - Allérgologie
Chirurgie de la peau
Laser

الدكتورة خديجة الفني

إختصاصية في الأمراض الجلدية
الأظافر والشعر
الأمراض التناسلية - التجميل
حساسية الجلد
جراحة الجلد
الليزر

Le 04/09/2020

Ed Rakkaedi
Rohsin

LOT : 19E003
PER: 08 2022

KETODERM 2%
CREME T 10G

P.P.V : 27DH30



27.30

1) Ketoderm cr



à appl le matin sur le

20,00

2) cr



à appl sur les zones kso
(épaule)

135,00

3) Cerave Baume Hydratant

à appl xl; sur le



336, شارع لهرأويين قرية الجماعة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 56 93 43

336, Bd. Lahraouine Kariat des Jamaâ - Casablanca - Tél : 05 22 56 93 43

4/ Mycoster cr
45,00 s'appt le son

5/ AK norm cr s'appt le matin sur le visage

130,00 s'appt le matin sur le visage

RM 017

357,50

دكتورة خديجة الفاني
Dr. Khadija EL FANI
Dermatologue - Vénérologue
شمارع النور في المرفأء
0000 55 22 22

038847
10-
7-30 24
0014 44 104
05-0000
0800

MYCOSTER 1%
CREME T30G
P.P.V : 45DH20
LOT : 19E005
PER : 11 2022
11800001011118
9
1%
DERMATO
Pierre F



AKNORM

Émulsion séborégulatrice
hydratante

Sebum-regulating moisturizing
emulsion

Régule la production
de sébum, apaise, hydrate
Regulate sebum production, soothe,
moisturize

Peaux grasses ou
à tendance acnéique
Oily or acne-prone skin

Non comédogène
Non-comedogenic

e 40 mL / 1.35 Fl.oz



19 J07 EXP 10/2022
PROD 10/2019