

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 canalaire, 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 canalaire.

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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

Maladie ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☒ **Autres** ☐

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2528 Société : R.A.M. ACCIDENT

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OVARCA LABIBA

Date de naissance : 5/11/1968

Adresse : X1 Rue EL KHOUZAMET 62 APP 6
Beauregard Casa

Tél. : 0663497193 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/11/2020

Nom et prénom du malade : EL KHIAN, Ziad Age :

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le 22/02/21

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-573348

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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
24/11/2020	C	1	350,0	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA MINERAL BRIGITTE 72 Bis rue de Sidi Moudrah Tel: 89 08 46	24/11/20	557,80

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

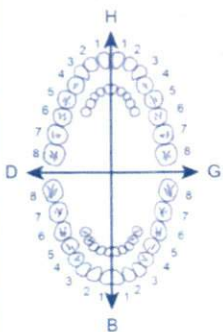
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'IGDF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			
						MONTANTS DES SOINS	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
						DEBUT D'EXECUTION	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
						FIN D'EXECUTION	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412 00000000	21433552 00000000
D	G
00000000 35533411	00000000 11433553
B	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession	

Coefficient DES TRAVAUX []

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

Professeur NEJJAM Fatna

Ex, enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca

الدكتورة نجام فاطنة

أستاذة سابقة بكلية
الطب الدار البيضاء

DERMATOLOGUE - MÉDECINE ESTHÉTIQUE
LASER - PUUVATHERAPIE

إختصاصية في الأمراض الجلدية والتجميل

Casablanca, le : 24/11/2020

M^r EL KHATT Ziad

1^{er} Effaclar gel
laver avec. Rinçes

2^o Hyseac crème hydratante
le matin → visage.

3^o Ecran solaire Eucerin 50 Touches
2 - 4 fois → visage.

4°) Setbonex K esê-e
1 bri 12 → usage

5°) Ejaelaw Duo +
1 bri 12 → usage

$69.00 \times 6 = 414.00$

8°) Tetalygal 300
1 gel 1j x 3wrs
après le repas

90.50

PHARMACIE DE L'AÉROPORT D'ANFA
Mme LAMMIAI BRIGITTE
72 Bis, Bd Sidi Abderrahmane
Tel: 99.99.99 Raboussat - GAE

DOCTEUR LAMMIAI
PROFESSEUR
DERMATOLOGUE VENEROLOGUE
293, Bd. Abdou Moussa - CASA
Tel: 0522862505 / 0522862527

5280
Ely 500
1 ep 2 jns 1j x 10j →
Des 20
5280
1 gel le bri x 10j →

Ery[®] 500

Erythromycine propionate

20 comprimés

voie orale



99,50

LOT 19004
PER 09 / 22
PPV 90 DH 50



LOT 191740
EXP 07/2022
PPV 52.80 DH

OEDES
oméprazole

Microgranules ga



DURÉE



MATIN



MIDI



SOIR

N° de lot de fabrication :
رقم حصة الصنيع
Date limite d'utilisation :
التاريخ الأقصى للاستعمال

03 2023

843

Tetralysal®

lymécycline

16 GELULES كبسولة 16

Voie orale عن طريق الفم

TETRALYSAL 300 mg

Boîte de 16 gélules

AMM N°26 DMP/21/NCV

P.P.V : 69,00 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070800



ليميسيكلين

300 mg

300 ملغ

GALDERMA

غالديرما



N° de lot de fabrication :
رقم حصة الصنيع
Date limite d'utilisation :
التاريخ الأقصى للاستعمال

03 2023

843

Tetralysal®

lymécycline

16 GELULES كبسولة 16

Voie orale عن طريق الفم

TETRALYSAL 300 mg

Boîte de 16 gélules

AMM N°26 DMP/21/NCV

P.P.V : 69,00 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070800



ليميسيكلين

300 mg

300 ملغ

GALDERMA

غالديرما



N° de lot de fabrication :
رقم حصة الصنيع
Date limite d'utilisation :
التاريخ الأقصى للاستعمال

03 2023

843

Tetralysal®

lymécycline

16 GELULES كبسولة 16

Voie orale عن طريق الفم

TETRALYSAL 300 mg

Boîte de 16 gélules

AMM N°26 DMP/21/NCV

P.P.V : 69,00 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070800



ليميسيكلين

300 mg

300 ملغ

GALDERMA

غالديرما



N° de lot de fabrication :
رقم حصة الصنيع
Date limite d'utilisation :
التاريخ الأقصى للاستعمال

03 2023

843

Tetralysal®

lymécycline

16 GELULES كبسولة 16

Voie orale عن طريق الفم

TETRALYSAL 300 mg

Boîte de 16 gélules

AMM N°26 DMP/21/NCV

P.P.V : 69,00 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070800



ليميسيكلين

300 mg

300 ملغ

GALDERMA

غالديرما



N° de lot de fabrication :
رقم حصة الصنيع
Date limite d'utilisation :
التاريخ الأقصى للاستعمال

03 2023

843

Tetralysal®

lymécycline

16 GELULES كبسولة 16

Voie orale عن طريق الفم

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



ليميسيكلين

300 mg

300 ملغ

GALDERMA

غالديرما



N° de lot de fabrication :
رقم حصة الصنيع
Date limite d'utilisation :
التاريخ الأقصى للاستعمال

03 2023

843

Tetralysal®

lymécycline

16 GELULES كبسولة 16

Voie orale عن طريق الفم

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



ليميسيكلين

300 mg

300 ملغ

GALDERMA

غالديرما

