

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-549273

63925

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7697

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ABDALLAH EL RHASSOULI

Date de naissance :

09/03/67

Adresse :

HAJI RAJAH 5 N° 79 OULFA
CASA

Tél. :

0670716263

Total des frais engagés :

2025803

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Amina LATIFE HALL
Dermatologie - Vénérologie
102 Bd. Oum Errabii Hay Mazorra
Résidence Selma 1^{er} Etage - Casablanca

ACCUEIL

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

EL RHASSOULI CHAIMA

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

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 :

CASA

Le :

07/02/21

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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.

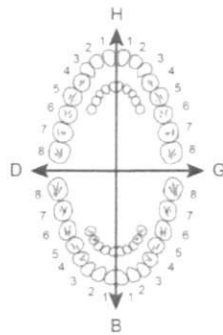
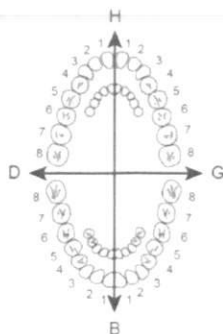
MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
28-12-2020	2		350,000	INP : 081037903

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Pharmasort	Date	Montant de la Facture
	28/12/20	1675,800
ICE: 000489360000038		

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 : <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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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 Amina LATIFI EP HALLI

DERMATOLOGIE VENEROLOGIE

Ex. Médecin chef de l'hôpital Aïn Chock

- Maladies de la Peau, Cheveux, Ongles
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Cosmétique
- Allergologie
- Chirurgie de la peau
- Laser



الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلي

إختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية
طبيبة رئيسية سابقاً بمستشفى عين الشق

- أمراض الجلد والشعر والأظافر
- الأمراض التناسلية
- التجميل
- جراحة الجلد والأظافر
- أمراض الحساسية
- العلاج بالليزر

Casablanca le : 28/12/2020 : الدار البيضاء في :

PARFUM (FRAGRANCE), FARNESOL, HEXYL CINNAMAL, LINALOOL, BUTYLPHENYL METHYPROPIONAL, BENZYL SALICYLATE, CITRONELLOL, ALPHA-ISOMETHYL IONONE.



EL RHASSAFI Chama

199,50

- Zénise lotion

1000 ml / 1000 ml

477,00

- Nectone body lotion

1000 ml

69,00 x 6 = 414,00

- Jachael sal 300 mg

1000 ml / 1000 ml

90,50 x 3 = 271,50

- X23 sal

1000 ml / 1000 ml



deas et therey



28 AOUT 2020

17,40 x 25 34180

- dermaval creme

①

6/6/6

Naeg

GlaxoSmithKline Maroc
Région de Rabat
PPV: 17 40 DH
6 118001 161295

279,00

- dermaval New creme speciale

2013



Dr. Abdel LATIF EL HALLI
Dermatologue - Vénérologue
102 bd. Ouhada Hay Nazila
Ressam Bouja - Casablanca
Tél: 06 22 83 76 52



28/12/20

Total = 1625,80

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

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

LOT 201087 1

EXP 04.2024

PPV 90,50

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

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

LOT 201087 1

EXP 04.2024

PPV 90,50

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

Lot N° / A consommer de préférence avant fin:
Batch / must before end of:

BOFAR Calcium Vitamine D3 bte 20
PPC : 69.00 DH
Ut Av : 30/04/2023 Lot : 008016

IPHADERM

Poids net : 90g
Net weight: 90g
الوزن الصافي: 90g