

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-624291

68601

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7838	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	KHALID
Nom & Prénom : AMAROUCHE			
Date de naissance : 27/05/1967			
Adresse : 2 Rue GARCONE - ETC1 - APP2 - QU DES HOPITAUX - CASA			
Kamrouche@royalairmaroc.com			
Tél. : 0661691366	Total des frais engagés : 210,50 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 Dr. Khalid LAMNIAI DERMATO-VÉNEROLOGUE Angle Bd Sidi Abderrahmane et Bd Abdelhadi Boutaleb Casa Tel 0522 90 04 17	
Date de consultation : 20/03/2021	Age : 51
Nom et prénom du malade : AMAROUCHE ALI	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint	Sexe : <input type="checkbox"/> Femme <input checked="" type="checkbox"/> Homme
Nature de la maladie : Sébo cystomatose	
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	
Signature de l'adhérent(e) : 	
Le : 20/03/21	



RELEVE 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
03.03.2021	US	0	Gratuit	N° INPE : 091180570 Dr. Khair DERMATO-VENEREOLOGUE Angle Bd Sidi Abderrahmane el Bd Abdellah Ben Aïtaleb Casab Tel 0522 90 04 17

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Formisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE JARDIN DES SABLES Dr. Samir El Mousalamy 13, BIS, Rue de Rome Résidence NORA Marrakech - Tel: 05 22 79 75 45	20/03/2021	210,50 -

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				Coefficient des travaux															
				MONTANTS DES SOINS															
				DÉBUT D'EXÉCUTION															
				FIN D'EXÉCUTION															
ODF PROTHÈSES DENTAIRES 	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3">35533411</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	00000000	11433553	35533411			
	H	25533412	21433552																
	D	00000000	00000000																
	<hr/>																		
	B	00000000	11433553																
	35533411																		
				MONTANTS DES SOINS															
				DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXÉCUTION															
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			

SPECIALISTE

Maladies de la peau et du cuir chevelu
Infections sexuellement transmissibles

**الدكتور خالد المنجعي**

اختصاصي
في أمراض الجلد والشعر
الأمراض التناسلية

Casablanca, le 20/03/2021 الدار البيضاء، في

MR AMAROUCH ALI

72,50

-DIFFERINE CREME (EVITER CONTOUR DES YEUX ET BOUCHE)

(69,00 x 2)

-TETRALYSAL 300 GELULE (AU MILIEU DU REPAS)

T = 210,50

LE SOIR

1 GEL PAR JOUR PDT 1 MOIS

DIFFERINE 0,1 %
crème, tube de 30 g
AMM N° 291 DMP/21/NCV
P.P.V : 72,50 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N° 1,27182 Bouskoura-Maroc



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



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



Dr. Khalid LAMNIAI
DERMATO-VENEROLOGUE
Angle Bd. Sidi Abderrahmane
et Bd. Abdelhadi Boutaleb
Casa Tél. 0522 90 04 17

Dr. Khalid LAMNIAI
DERMATO-VENEROLOGUE
Angle Bd. Sidi Abderrahmane
et Bd. Abdelhadi Boutaleb
Casa Tél. 0522 90 04 17