

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

- Reclamation : 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-595503

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08880 Société : R. A. M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : DERFOUFI MOHAMMED
Date de naissance : 28-11-67
Adresse : Apt. Abi Hayyan - oujda
Tél. : 0689870700 Total des frais engagés : 551,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

INPE: 081172843
OUJDA - Tél: 05 36 70 70 52
2ème Etage, Apt. 6
Résid. Achik Bd. Med. Belakhdar
DERMATOLOGUE
Dr. HANNE BOUJOU

Date de consultation : 19-02-2021
Nom et prénom du malade : DERFOUFI ASMAE Age : 20 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Affection Dermatologique
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 : oujda Le : 19/02/2021
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-595503

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 : 08880
Nom de l'adhérent(e) : DERFOUFI
Total des frais engagés : 551,70
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
19/02/21	Contrôle	6. natant		INP: 081172843

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mme SMAAL S. Pharmacienne 119 rue al-Bouayez 1er étage Oujda - Tél: 0536 50 11 46	19/02/21	551.70

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

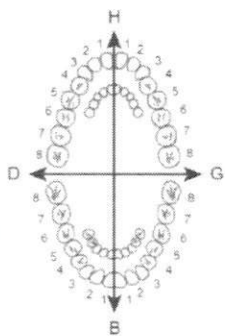
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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"/>

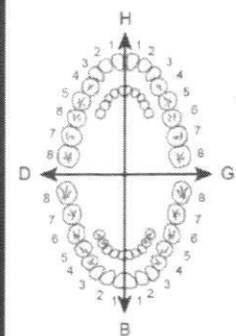
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
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

Dr Hanae Bouzidi

Spécialiste en Dermatologie Médicale, Chirurgicale,
Esthétique et Lasers

- Diplômée en Dermatologie Pédiatrique (Nice)
- Dermatologie Esthétique et Lasers (Lille)
- Manifestations dermatologiques des maladies du système (Montpellier)



الدكتورة هناء بوزيدي

- اختصاصية في أمراض وجراحة الجلد والشعر والأظافر
- دبلوم العلاج بالليزر و الطب التجميلي (جامعة ليل)
- الأمراض الجلدية للأطفال (جامعة نيس)
- الأعراض الجلدية للأمراض الباطنية (جامعة مونتبولي)

Oujda, le

19/02/2021

DERFOUFI ASMAE

- 34.70
517.00
TS 551.70
- **S-cort 20 mg - comprimé**
2cp/j le matin pdt 5j puis 1cp/j 3j puis 1/2cp/j 3j puis arrêt
 - **Curacne 40 mg - capsule molle**
1 capsule, pendant 3 mois au milieu d un repas copieux sous
reserve d un bilan controle ds 1 mois
 - **Larmabak 0,9% - collyre**
plusieurs fois par jour pour hydratation oculaire
 - **BOREADE baume à lèvres**
plusieurs fois par jour
 - **Phys-AC Hydra - Crème compensatrice**
pour hydratation du visage
 - **Dienille 2 mg / 0.03 mg - comprimé pelliculé**
1 Comprimé 21 j /cycle, arrêt de 7 jours

PHOTOPROTECTION+++

PHARMACIE SIHAM
Mme SMAAD Siham
Pharmaciène
119 rue al boukhay lot hemimoun
Oujda - Tél: 0536 801146



S-CORT® 20 mg ○
 Prednisolone
 20 Comprimés effervescents sécables



6 118000 340270

LOT N°:
 UT. AV :
 PPV (DH) : 34.70 34.70

Maphar
 Km 10, Route Côtière 111,
 Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
 Curacne 40mg cap molle b30
 P.P.V : 517,00 DH



6 118001 183135