

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W21-626433

72872



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

5092

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ABDELKADER SAMIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

066194110

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

1/6/2021

Nom et prénom du malade :

Abdelkader

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dentaire

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 :

Le : 09/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :

SAMIA



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
1/6/21	S	200.00		INP : 9A152256

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LAMRANI MERYEM Pharmacie des îles Angle Rue de Normandie et Lamam Tabarana - 761 0522256	21/06/2021	312.8

ANALYSES - RADIGRAPHIES

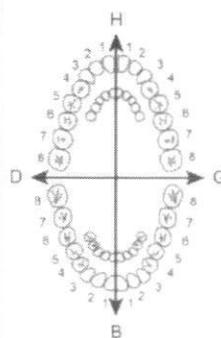
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

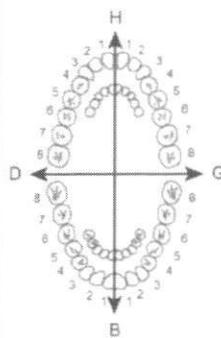
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

Docteur Zakia KHALIL

Dermatologue - Vénérologue

Maladies et chirurgie de la peau et du Cuir Chevelu

Maladies sexuellement transmissibles

Comblement des rides - Botox - Lasers

Diplômée de la Faculté de Liège (Belgique)

Ancienne Interne des Hôpitaux de Reims et Montpellier



الدكتورة زكية خليل

خريجة كلية الطب بلييج

إختصاصية في أمراض و جراحة انجلد - الشفر

الأمراض التناسلية - طب التجميل - الليزر

خريجة كلية الطب بلييج بلجيكا

طبية داخلية سابقا بمستشفيات ريمس و مونبولي

Casablanca le :

16/24

Abdelali Sae

LOT : 0062
EXP : OCT 2022
PPV : 40,50 DH

30 g

40,50

(S.V)

Effacer une tache
dans la peau

2x 1/ de Soin 10,

10,00 (S.V) (S.P) 150,00 10,

X Topialyse panacée GR
mais + nette

2x 1/

(S.V)

87,30

Desofix crème
2x 1/ entier

87,30



إقامة الوالدة الطابق 2، شقة 7 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 98 60 09 - المحمول :

199, Bd. Bir Anzarane - Résidence El Walda - Casablanca (en face Rés. Khouribga) - Tél.: 05 22 98 60 09 -

E-mail: khalilzakia@hotmail.com

115.00

Xeral 50' une estee

(S.V)

(S.P)

2 x 1.1

cor
+ colleste

Total:
312,80

1 ang

Sai



LAMRANI MERYEM
Pharmacie des Familles Tabaran
de Normandie et Yamam
Cesablana - Tel: 0522 25.05.60