

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

- 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 - Tel : 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° W19-481704

73272

CA

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12669

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ASMA BARIOL

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0668 243128

Total des frais engagés : 890,70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/03/2021

Nom et prénom du malade : Daniel Asma

Age : 35 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : infection urinaire

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 : 03/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-481704

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
04/03/21		5300 DH		INP : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[Signature]	04/03/21	5300,70

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
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [Signature]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Naïla DRAOU

Dermatologue Vénérologue

Doctorat et spécialité à la Faculté de Médecine de Casablanca
Diplôme de cosmétologie - Médecine Esthétique et Lasers à
la Faculté de Médecine de Besançon (France).

Peau - ongles - cheveux - médecine esthétique - chirurgie - épilation et traitements lasers

Casablanca, le : 04/03/2021

Madame, Monsieur : N. Barid Agne

83,60

(1) Valox 500 g



45,00

(2)

Zarinox (C)



39,70

(3)

Luciline (C)



84,20

(4)

Ketoderm (Zodak)

25 lex agr 10 m
et bon 2 a mai
en po nide

405, Bd Al Qods, Résidence Essakane El Anik, 1^{er} étage N° 6, Ain Chok - Casablanca

Tél.: 05 22 21 60 00 / 05 22 21 21 08 - E-mail : drdraounaila@gmail.com

شارع القدس، إقامة السكن الانيق، عمارة 405، الطابق الاول رقم 6 - الدار البيضاء

86,70
(5)

Dermolix (grey) (1) (2)

1 x 1/2 2 x 1/2 en
com p 21/5

GP =

149,50

(6)

Spectrum 50 g 6.

2 sp 21/5
ml 21/5

102,00

(7)

Bactospray

2 x 1/2

(8)

Ficlin (5)

1 x 1/2

21/5

590,70

BACTOSPRAY

LOT: 5348

EXP: 11/2023

PPC: 138.00DH

BACTOSPRAY

Solution
antiseptique

sans alcool
incolore

ADDAX

Dr. Naila DRAOU

Dermatologue - Vénérologue

405, Bd. El Qods 1er Etage

N° 6 Ain Chock - Casablanca

Tél/Fax : 05 22 21 60 00

⇒ 149,50

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca

Keloderm 2% gel b8 sachet
P.P.V : 84,20 DH



⇒ 83,60

Fucidine 2%
crème Tube de 15 g

⇒ 39,70

⇒ 86,70

Ain El Aouda
Région de Rabat

PPV : 45,00 DH





Docteur Naila DRAOU
Dermatologue Vénérologue

Note d'honoraires N° : 4416/21

A la suite de la consultation du 04/03/2021

Dr Naila DRAOU, médecin spécialiste présente à M

Denial Asma

Domicilié(e) Casa Benslama 107 rue Besière

Suivant l'usage, la note d'honoraires qui s'élève à la somme
de : 300 Dhs, réglée : ☒ Espèces, ☐ Chèque,

En vous souhaitant bonne réception.

Casablanca, le : 04/03/2021

Dr. Naila DRAOU
Dermatologue Vénérologue
405, Bd Al Qods, Résidence Essakane El Anik, 1^{er} étage N° 6, Ain Chok - Casablanca
Tél. / Fax : 05 22 21 60 00

405, Bd Al Qods, Résidence Essakane El Anik, 1^{er} étage N° 6, Ain Chok - Casablanca
Patente : 34017974 - IF : 14449999 - ICE : 001678412000015 - INPE : 131072894 - CNSS : 9707409

Tél. / Fax : 05 22 21 60 00 - E-mail : drdraounaila@gmail.com

شارع القدس . إقامة السكن الانيق . عمارة 405 الطابق الاول رقم 6 - الدار البيضاء