

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° M21- 1058852

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9442 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SADOR AHMED

Date de naissance : 27 OCT 1963

Adresse :

Tél. : 0631428339 Total des frais engagés : 1805,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/07/2021

Nom et prénom du malade : SADOR Rabek Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
26/7/2008	C		30000	

D^r. ALAN H D^r
DERMATOLOGIA
76 Bd ARDENNA MEN
CARABLANCA
Tf. 02233920

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HIBA Dr. Ahmed CHAFRY Hay Raha Rue Banafsa N°9 Bis Beauséjour - Casa Tel: 05 22 94 99 34	02/07/21	1505,50

Montant de la Facture

PHARMACIE HIBA
Dr. Ahmed CHAFRY
Hay Raha Rue Banafsa
N° 9 Bis Beauséjour - Casa
Tél : 22 94 99 34

02/07/21

1505, 50

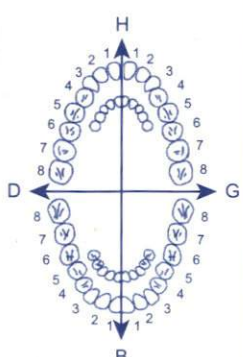
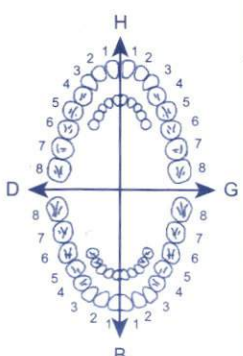
[illegible]Montant
des Honoraires[illegible]Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

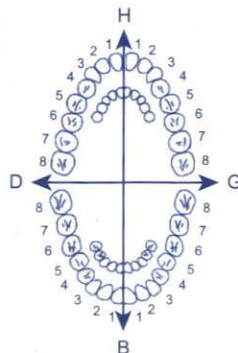
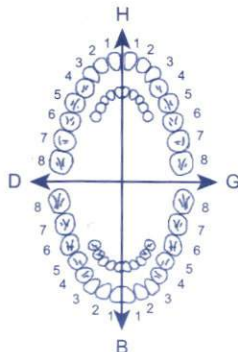
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>												
				Montants des Soins <input type="text"/>												
				Début d'exécution <input type="text"/>												
				Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H </div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D —————</td> <td style="padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px; text-align: center;">B</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D —————	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D —————	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	(Création, remont, adjonction)			Montants des Soins <input type="text"/>												
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
				Date du devis <input type="text"/>												
			Date de l'exécution <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div></div><div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR SIHAM ALAOUÏ EL HASSANI

DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE

DIPLOMÉE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

MALADIES DE LA PEAU, DE L'ONGLE

ET DU CUIR CHEVELU

MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

COSMÉTOLOGIE



الدكتورة سهام العلوي الحسني
إختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية

خريجة جامعة باريس

أمراض الجلد، الظفر

والشعر

الأمراض التناسلية

الطب التجميلي

Casa, le 02/07/2021

223/50
PPV

SADOK

HALAK

223/50

1/ Soskin - gel alcool
nettoyant purifiant



pour laver le visage
2 fois / J



223/50
PPV

2/ Morue active soin
1 fois / J le matin

3/ Effadar duo +

219,00



219,00

1 soir / 2

4/ Bi zeha tri active.
crème

343,50



PPV
343,50

1 soir / 2.

5/ Anthélios 50+. Anti Imperfections

250,00



PPV
250,00

Appliquez les 2 heures si
exposition solaire.

6/ Zénac lotion.



210,00

1 fois / 1. sur les lésions
du visage.

PPV
210,00

1505,50

PHARMACIE HIBA
Dr. Ahmed CHAFRY
Hay Rakka Rue Banabsaja
N°21 - Casablanca - Casablanca
Tél: 05 22 94 99 34

DR. MOUHAMMAD SHAM
DERMATO-OPHTHÉLMOLOGUE
76 Bd Abdelkrim
CASABLANCA
Tél: 02 22 50 00 00