

# 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.

## 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.

## Education :

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.

## Thérapie :

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 069163

84285

### Optique

### Autres

### Maladie

### Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2484 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ELLOUAFI... MOUIN

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.88.87.76 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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) : .....

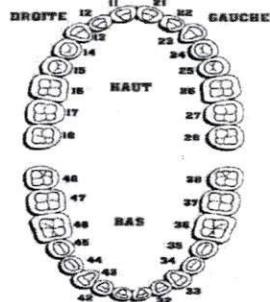
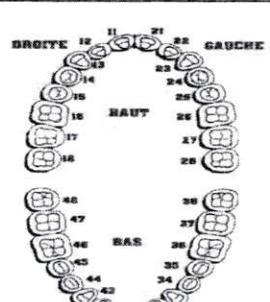
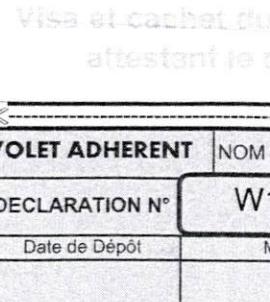
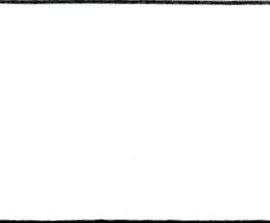


# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	<b>Coefficient des</b>  <b>Montant des soins</b>  <b>Début d'exécution</b>  <b>Fin d'exécution</b> 
DROITE		11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32			
GAUCHE		21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32			
HAUT		11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32			
BAS		11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32			
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
DROITE		25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	H D G	
GAUCHE					
HAUT					
BAS					
(Création, Remont, adjonction)					
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			
VOLET ADHERENT		NOM : <b>Mme</b>			
DECLARATION N°		<b>W18-350811</b>			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes			
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>					
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					

MUPRAS		W18-350811		DATE DE DEPOT	
 Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc				15.09.2021	
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 2484		Signature de l'adhérent	
Nom & Prénom <b>ELOUAFI MOLINA</b>				Signature de l'adhérent	
Fonction :		Phones: <b>0688848714</b>			
Mail :					
MEDECIN		Prénom du patient <b>Elouafi</b>		Signature de l'adhérent	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age				Date <b>12.07.2021</b>	
Nature de la maladie <b>selma</b>				Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				Signature de l'adhérent	
Nature des actes		Nbre de Coefficient		Montant détaillé des honoraires	
CC				<b>11359</b>	
PHARMACIE		Date <b>12.07.21</b>		Signature de l'adhérent	
Montant de la facture <b>4156,00</b>				Signature de l'adhérent	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :		Signature de l'adhérent	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :		Signature de l'adhérent	
Nombre					
AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires	

Docteur Amina LATIF EP. HALLI  
Dermatologue - Vénérologie  
102, Bd. Oum Sembii Hay Mazola  
Résidence Selma 1 1000 Casablanca  
Tel.: 05 22 89 76 52

Pharmacie Ocean Bay  
Dr. FILALI AOUAL Fouad  
127, Ocean Bay Dar Bouazza

CACHET

15.09.2021

# Docteur Amina LATIFI EP HALLI

DERMATOLOGIE VENEROLOGIE

Ex. Médecin chef de l'hôpital Ain Chock

■ Maladies de la Peau, Cheveux, Ongles

■ Maladies Sexuellement Transmissibles

■ Cosmétologie ■ Allergologie

■ Chirurgie de la peau ■ laser



# الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلي

إختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية

طبيبة رئيسية سابقاً بمستشفى عين الشق

■ أمراض الجلد والشعر والأظافر ■ أمراض الحساسية

■ التجميل ■ الأمراض التناسلية

■ العلاج بالليزر ■ جراحة الجلد والأظافر

Casablanca le :

26/07/2021

الدار البيضاء في :

El Amafina Oulfa

89,00

- Lotion au Sodasterol + Crème la

18,20

- Ascaribol gelée

100 ml de la lotion au Sodasterol  
à laisser 12h

3) Crème

20,00

- Cleniderm Crème

200 ml de stock mis

- Lipikar AP + à la base corporel

100 ml de la lotion

Docteur Amina Latifi  
Dermatologue  
102 Bd. Oum Selma  
Résidence Selma 1<sup>er</sup> étage  
Tél: 05 22 89 76 52



**Ascaribol**  
Solution à usage externe  
150 ml

89.00  
SD20 1023  
LOT  
Prix

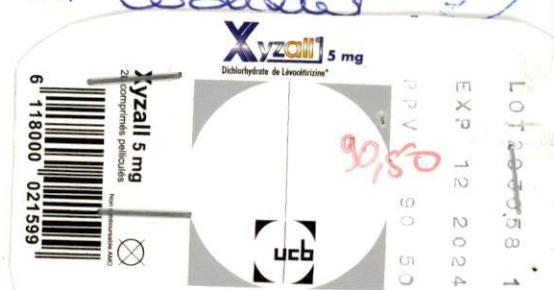


10,00  
100  
120  
140  
160  
180  
200

238.4  
60° Vomitory Vcées et litteries pour environs  
abord anti-parasites complexes 5° A

90,50  
-x23000 < 0  
156,5

Dr. NHALI AUCAL Fouad  
127, Ocean Bay Dar Bouazza



Docteur Amina LATIFIE  
Dermatologie - Vénérologie  
102, Bd. Oum Errabbi Hay Aït  
Résidence Selma 1<sup>er</sup> Etage - Casablanca  
Tél.: 05 22 89 76 52