

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 - 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° W21-662722

117679

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1380

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ELKHAIER Abdelwahed

Date de naissance :

Adresse :

INARA 1 Mohammadia

Tél. :

0661227321

Total des frais engagés :

117679

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. ADRAOUI AITTA
DERMATOLOGUE VENEROLOGUE
Rue Oued El Makhazine, imm KHALIL
N° 2, 1er Etage - Mohammadia
Tél. 05 22 32 80 50

Date de consultation :

28 MAI 2022

Nom et prénom du malade :

ELKHAIER ABDELWAHED

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
10 MAI 2022	Cs	1	300 DM	INP: INPE 091002808
	ACTE			DR. ADRAOUI ATIKI
	CMT. BURGHAL		1000 DM	DERMATOLOGIE VENEROLOGIE Rue Oued El Ghazal - KHELAU Tél: 05 23 32 60 30

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/05/2022	53,70
INPE: 092038108		

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	

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: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []															
				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																		
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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																

الدكتورة عدراوي يمانى عتيقة

Dr. ADRAOUI YAMANI Atika

DERMATOLOGUE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie
de la Peau
Maladies Vénériennes
Maladies des Cheveux et des Ongles

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية
أمراض الشعر والأظافر

Mohammedia, le : 20 MAI 2022 : المحمدية، في

EL KHAIER - Abdel Wahed

14.00

Hexomédine solution

Peau

39.70

Fucidine

53.70

Fucidine® 2% crème

Tube de 15 g



6 118000 120582



Hexomédine®
Solution



6 118000 180395

flacon de 45 ml

Dr. ADRAOUI YAMANI
Dermatologue - Vénérologue
Rue Oued El Makhazine Imm Khilaji
N° 2 Etage Mohammedia
Tél: 05.23.32.60.59

الدكتورة عدراوي يمانى عتيقة

Dr. ADRAOUI YAMANI Atika

DERMATOLOGUE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie
de la Peau
Maladies Vénériennes
Maladies des Cheveux et des Ongles

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية
أمراض الشعر والأظافر

المحمدية، في : Mohammedia, le :

20 MAI 2022

FACTURE D'HONORAIRES

A - EL KHAÏER Abdel Wahed & autres
une cure chirurgicale de surpoids obèse
du dos à mille Serpentes

Dr. ADRAOUI Atika
Dermatologue - Vénérologue

~~Rue Oued El Makhazine Imm Khilaji~~

~~N°2 Etage Mohammedia~~

~~Tél: 05 23 32 60 59~~