

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-597476

11 8503

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Matricule : 6874 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Nom & Prénom : OURAËAL AHMED

Date de naissance : 06/09/65

Adresse : 33 Lot SIHAM RUE 5 APPT 7 CALIFORNIE CASA

Tél. : 0673712738 Total des frais engagés : 470,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin : DR BENTALEH RYM
Dermato - Vénérologue
172 Rue Cadix - Maarif
Casablanca / Tél : 0661 18 65 18

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/05/22

Nom et prénom du malade : OURAËAL SARA

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 : CMN Le : 10/06/22

Signature de l'adhérent(e) :

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
19/05/22	ca		260,00	DR BENTALEL RYM Dermato - Vénérologue 172 Rue Cadix - Maarif Casablanca / Tel : 0661 18 65 18

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACE S. LAHLOU BOULEVARD DES JARDINS DE CALIFORNIE 2 Bd. de Fes 11611 Casablanca Tél. 05 22 21 98 94	19/05/22	220,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

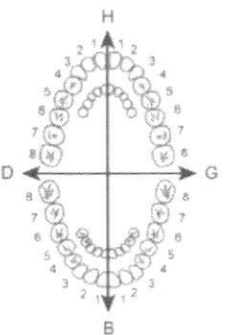
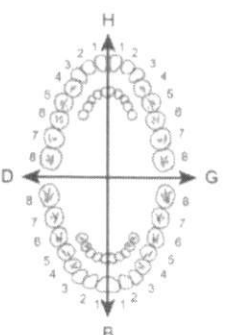
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																				
				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> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">B</td> </tr> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D	00000000	00000000	G	35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																						
25533412	21433552	00000000	00000000																					
D	00000000	00000000	G																					
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

Dr. M. BOU-OUHRICH

Spécialiste en Dermatologie
Maladies Vénériennes
et Maladies du Cuir Chevelure

Médecin Expert Près les Tribunaux

الدكتور م. بو و حريش

اختصاصي في أمراض الجلد
والشعر و الأمراض التناسلية

طبيب خبير محلف داخل المحاكم

Casablanca le 19 / 05 / 2022

pour

OUAHZAL SARA

1. Medacnyl crème lavante
Pour se laver le visage.

110.00 x 2

2. Doxymycine 100 mg

220.00 x 1 (le soir)
pdt 2 mois

3. Epiduo gel

à appliq (le soir) sur les
boutons du visage.

DOXYMYCINE* 100 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 110DH00 EXP 10/2023
LOT 19020 2

DOXYMYCINE* 100 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 110DH00 EXP 11/2023
LOT 1N020 1

194.00
4 - Effasun spot crème
depigmentante

1 app/j (le matin) pdt 1 mois
sur le visage

282.00
5 - Clarilys lait éclaircissant

1 app/j (le soir) pdt 1 mois
sur le dos.

125.00
6 - DS hair shampooing
1 sh x 2/sem pdt 2 mois



DR BENTALEB RYM
Dermato - Vénérologue
172 Rue Cad. Yass. Maarif
Casablanca/ Tel : 0661 18 65 18

ADU 16/06/2022.
06.73.71.27.38