

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

- Reclamation : 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° W21-721452

126412

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9063

Société : R.A.M

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KHALID ABDELILAH

Date de naissance : 20/06/1967

Adresse : 15 Rue Henri Mornay Les wadi A

VAL FLOR MARR F - CASABLANCA

Tél. : 066134201 Total des frais engagés : 300+639,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DOCTEUR BERRADA Saïd

Dermatologue

338, Bd. Driss El Harti

CASABLANCA

Tél. 05 22 57 97 30-Fax: 05 22 57 97 33

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/07/22

Nom et prénom du malade : EL KHALID ABDELILAH Age : 55 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Allergie

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 : CASABLANCA

Le : 06/07/22

Signature de l'adhérent(e) :

KHALID

ACCUEIL

I. BOUACHANE

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
04/11/22		3	300,00	INP: 091033142
				DOCTEUR BERRADA Saïd Dermatologue

04/7722 y 300,00 INP: 091033142

ORDONNANCE

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	tel. 05 22 57 97 30 fax 05 22 57 97 33 Montant de la Facture
	09/10/22	T = 630,10

04/07/22	T = 630,10
----------	------------

1001 Self

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

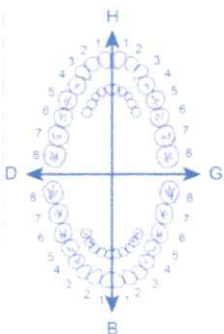
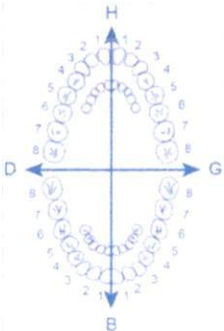
[illegible][illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				Coefficent 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			Coefficent des Travaux <input type="text"/> Montants des Soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Date de l'exécution <input type="text"/>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	B	
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

INP : | | | | | | | |

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Be Kuttis
A m d

- ❑ إختصاصي في أمراض وجراحة الجلد والشعر
- ❑ الأمراض التناسلية
- ❑ الأمراض الجلدية للأطفال
- ❑ حساسية الجلد
- ❑ أمراض وجراحة الدوالي
- ❑ الطب التجميلي

DERMATOLOGUE



- ☐ Maladies de la peau et du cuir chevelu
- ☐ Maladies Sexuellement Transmissibles
- ☐ Dermatologie Pédiatrique
- ☐ Chirurgie Dermatologique
- ☐ Allergologie Cutanée
- ☐ Phlébologie - Sclérose des varices
- ☐ Liposculpture-Peeling-Feeling-Dermabrasion
- ☐ Botox - Comblement

Casablanca, le :

$$288,00 \times 2$$

ferro lo



✓ 8/11/2020 2 weeks
CMB 10/10/2020 10/10/2020

Sy no M 27 SV

2 m LAB ne 86

→ $\frac{1}{\sigma^2}$ is the Fisher information

630,10

DOCTEUR BERRADA Saïd
Dermatologue
338, Bd Driss El Harti
CASABLANCA
Tél.: 05 22 57 97 30-Fax: 05 22 57 97 33

338, شارع ادريس الحارثي - قرية الجماعة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 57 97 30 / 05 22 57 97 33 / 07 00 88 55 49
338, Av. Commandant Driss EL HARTI - Cité Djemâa - Casablanca - Tél : 05 22 57 97 30 / 05 22 57 97 33 / 07 00 88 55 49

I.C.E : 001713620000096 - I.N.P : 091033142

Larmabak®

0,9 %

Collyre

Chlorure de sodium

Boîte de 1 flacon de 10 ml

Ⓢ **لارماباك**
%0,9

محلول قطرات للعين

كلوريد الصوديوم

علبة تحتوي على قارورة 10 مل

**Sans
conservateur**

دون مادة حافظة

FR

Com

Chlo

List

Hy

do

diff

di

injectables.

Excipient à effet notoire : phosphates.
Voir la notice pour plus d'information.

VOIE OPHTALMIQUE.

TENIR HORS DE LA VUE ET DE
PORTÉE LA DES ENFANTS.

Indications d'utilisation :

Ce médicament est préconisé pour
soulager les symptômes d'irritation
liés à la sécheresse oculaire (quand il
existe une insuffisance de larmes).

A conserver à une température ne
dépassant pas 25°C.

Ne pas conserver le flacon entamé
au-delà de 8 semaines.

Lire la notice avant utilisation.

Ne pas injecter, ne pas avaler.

Médicament non soumis à
prescription médicale.

MA AMM Maroc n° :
181/19/DMP/21/NRQDNM

Théa

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI



LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable :
Mme Amina DAOUDI

موزع من طرف:
كوير فارما

41 زنقة محمد ديوري، 20110
الدار البيضاء المغرب
الصيدلي المسؤول: أمينة الداودي

cause
enceinte ou en

PPV: 288,00 DH

Acno[®]

Isotrétinoïne

Voie Orale



20
mg

30
Capsules
molles

ajanta

cause
enceinte ou en

PPV: 288,00 DH

Acno[®]

Isotrétinoïne

Voie Orale



20
mg

30
Capsules
molles

ajanta