

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0027111

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 724 8 Société : 13 6664

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL JAMAI FATIMA EZZAHRAA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Tounya LAHKIM
Dermatologie Vénérologie
23, Place Mohammed V - 2° Etage
Tél : 05 23 40 36 97 - Settat

Date de consultation : 23/09/2022

Nom et prénom du malade : Soukhrani Amine Age :

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

Nature de la maladie : Dermite

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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


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

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
23.09.22	CS	01	250M	
07.10.22	Ch	Ch	Gr	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien du fournil	Date	Montant de la Facture
	23/09/22	1675,18
	07.10.22	252,32

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

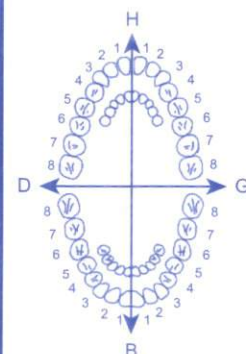
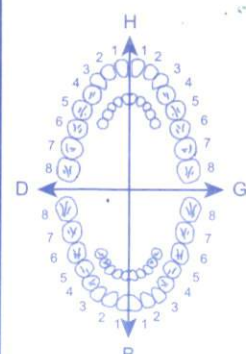
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																
				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>H</td> <td></td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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. Lahkim Touriya

Dermatologue Vénérologue

Maladies des Ongles et des Cheveux

INPE : 061088720

الدكتورة تورية الحكيم

إختصاصية في الأمراض الجلدية

والشعر والأمراض التناسلية

Settat, le : 23.09.22 سطات في

Soukani Amine

Coccadine 250 cp (SV)
153.80
→ cp mati.
scr. x 10 jour

Zadryl cp (SV)
45.80
→ cp soir x 15 jour.

New derm gel (SV) **PPV**
130.00
pour la douche - 130.00

Dermoval cr (SV)
17.40
soff scr. x 10 jour

1800 crème (SV)
49.00
soff 2 à 3 j /
soff mati - jamba

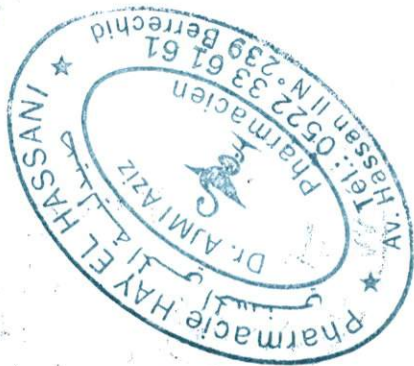
Novophane clem ongl
12792 Natin - 30 (SRV)

Novophane cp (SV) PPV 212.74
212.54 1/4 2 cp - m-tin x 2M

3011a Pwiphan Pgtic anti (SV)
10 ml U / 1' arbu (SP) PPV 301.18
su cuir chuel
x 3M

Docteur Touriya
Dermatologie Vénérologie
25 rue Mohamed VI

T. 1675.18



INPE : 061088720

والشعر والأمراض التناسلية

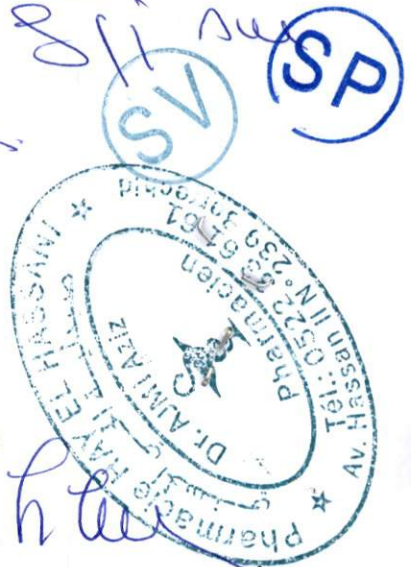
Soukhani Amine

Pigmentbio Aeras. sensitiv

Staff 28th Aug
by teacher

252.32

Docteur Tounya LAHKIM
Dermatologie Vénérologie
23, Place Mohammed V - 2^e Etage
Tél. : 05 26 40 36 07 - Settat



ACL 603 600.9

Ref. 28918

3 701129 800096



A consommer de préférence avant fin/Best before end/
Consumir preferentemente antes del final de :
Lot/Batch/Lote :

P21K08A
EXP: 11/2024
PROD: 11/2021

A consommer de préférence avant fin/Best before end/
Consumir preferentemente antes del final de :
Lot/Batch/Lote :

P21K08A
EXP: 11/2024
PROD: 11/2021

PPV
212.58

A consommer de préférence avant fin/Best before end/
Consumir preferentemente antes del final de :
Lot/Batch/Lote :

P21K08A
EXP: 11/2024
PROD: 11/2021



ACM
LABORATOIRE
DERMATOLOGIQUE
NOVOPHANE
COMPLEMENT ALIMENTAIRE



ACM
LABORATOIRE
DERMATOLOGIQUE
NOVOPHANE
COMPLEMENT ALIMENTAIRE

PPV
212.74



ACM
LABORATOIRE
DERMATOLOGIQUE
NOVOPHANE
COMPLEMENT ALIMENTAIRE



ACM
LABORATOIRE
DERMATOLOGIQUE
NOVOPHANE
COMPLEMENT ALIMENTAIRE

A consommer de préférence avant fin/Best before end/
Consumir preferentemente antes del final de :
Lot/Batch/Lote :
P21K08A
EXP: 11/2024
PROD: 11/2021

LOT : 211099
EXP : 06/2024
PPV : 153.00DH

PPV (HD) Add

901111-06

LOT: 0622
EXP: 03/25
PPV: 49.00DH



EXP 11 2023
Lot 68324

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 17.40 DH
ID: 649072
118000161295

PPV
127.92
et irréguliers