

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° W21-623147

152297

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9113 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EZZAHAF - Youssef

Date de naissance : / /

Adresse : / /

Tél. : 0610-03-10-40

Total des frais engagés : 885,20 \$

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Professeur ZOUBAIR Kawtar
Dermatologue
452, Angle Anoual Abdelmoumen, App 208
Tél : 0522862220/17 - 0661506399
Fax : 0522865378

Date de consultation : 14/12/2022

Nom et prénom du malade : EZZAHAF Yasmine

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
14/12/22	CS		300 DH	NP: 091028415 Dr. ZOUHAIR KAWTAR Angle Armand Abdelmoumen App 208 Tel: 052286537 - 052286539 Fax: 052286537

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/12/22	535,10

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 : <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>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H	25533412	21433552											
	D	00000000	00000000											
	G	00000000	00000000											
	B	35533411	11433553											
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur ZOUHAIR Kawtar

Dermatologie Vénéréologie

Dermato - Allergologie

Dermatologie Esthétique

Laser



الدكتورة زهير كوث

إختصاصية في الأمراض
الجلدية والتناسلية الحساسة
وعلم التجميل والليزر

Casablanca, le :

14 DEC. 2022

9ell = 33a hafyasmim

134,50a2

Titulaire de l'AMM au Maroc : POLYMEDIC
Quartier Arsalane-Rue Amyot d'invillie
CASABLANCA-MAROC
FUCIDINE® 250 mg
Comprimé pelliculé
Boîte de 10 comprimés



6 118001 200511

PPV : 134 DH 50

Fucidine Cp 250mg



1 Cp x 2h x 10j

148,00

7el

Bactospray

BACTOSPRAY

LOT: 2205016

EXP: 06/2025

PPC: 148.00DH

le 5a x 10j

39,70 x 2

3el

Fucidine Aesme

2x SL x 10j

Fucidine® 2%
crème Tube de 15 g

39,70

0522 86 5

452, Abd

Fucidine® 2%
crème Tube de 15 g

39,70

452, عبد المومن سنتر، زاوية أنوال - عبد المومن، شقة رقم 208، الطابق الثاني - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 86 22 20 - 0522 86 20 17 / GSM : 0661 50 63 99 / Fax : 0522 86 53 73
ual - Abdelmoumen, App N° 207, 2ème étage (au dessus du Restaurant MEDINA) - Casablanca

E-mail : zouhair.kawtar@gmail.com : البريد الإلكتروني

hel

Cicavit ⊕ acide
de matur X
1 main

14,70
sel

Com ~~SP~~ ~~SS~~ stief

24,00
Gel

stief - strip

SV

SP

un

TOTAL
55,70

PHARMACIE ZOUHAIR KAWTAR
Rue 13 Diyar El Menzeh 2
Lissasfa - Casablanca
Tél: 0522 653939

Professeur ZOUHAIR KAWTAR
Dermatologue
452, Angle Anoual Abdelmoumen, App 208
Tél : 0522 652 20 17 - 0661 506399
Fax : 0522 653973

PHARMACIE ZOUHAIR KAWTAR
Rue 13 Diyar El Menzeh 2
Lissasfa - Casablanca
Tél: 0522 653939