

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° W21-817981

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5-37 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BEFADLA ABDELLAH
 Date de naissance : 03.02.1960
 Adresse : 20, rue BOUJZOU
EL TADDA
 Tél. : 0661165391 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Khalid LAMNIAI
DERMATO-VENEROLOGUE
Angle Bd Sidi Abdelrahmane
et Bd Abdelhadi Maleb
Casablanca

Date de consultation : 12/10/2023
 Nom et prénom du malade : BEL FADLA ZAHRA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : AD - affection chronique
 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 : 12/10/23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
12/09/23	S	0	350,00	INP : INPE : 091180570 Dr. Khalid AMMIAJ DERMATO VENEROLOGUE Angle Bd. Abdelkader et Bd. Abdelhak Bouatleb Casa. Tél. 0522 90 04 17

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL-DOR Avenue Stendhal Cité Plateau Casablanca - Tél. 0522 25 95	12/09/23	766,20

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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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"/>	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

DOCTEUR KHALID LAMNIAI

SPECIALISTE

Maladies de la peau et du cuir chevelu
Infections sexuellement transmissibles



الدكتور خالد المنيعي

إختصاصي
في أمراض الجلد والشعر
الأمراض التناسلية

Casablanca, le

12/09/2023

الدار البيضاء, في

Mr BELFADLA ZAHRA

VISAGE

BELLA AURORA SPLENDOR SERUM

LE MATIN

EFALYSS SERUM CONTOUR YEUX CAPIDERMA

MATIN ET SOIR

SESDERMA AZELAC RU SERUM

1 SOIR SUR 2

SESDERMA C-VIT SERUM

1 SOIR SUR 2

ONGLES

LOCERYL VERNIS

1 FOIS PARSEMAINE PENDANT 3 MOIS

DIFLUCAN 150 CP

1 CP PAR SEMAINE PDT 3 MOIS



PHARMACIE AD-DOHA
Avenue Stendhal Cité Plateau
Casablanca - Tél: 05 22 25 95 96

PHARMACIE AD-DOHA
Avenue Stendhal Cité Plateau
Casablanca - Tél: 05 22 25 95 96

766.20

PHARMACIE AD-DOHA

Dr. Khalid LAMNIAI
Dermato-Vénérologue
Angle Bd. Sidi Abderrahmane
et Bd. Abdelhadi Boutaleb
Casa Tél: 05 22 90 04 17

Locéryl®
a m o r o l f i n e

(م)

لو سيري

أمورولفين

LOCERYL 5%

Vernis à ongles médicamenteux

Flacon de 2,5 ml

AMM N° 07 DMP/21/NCN

PPV:321,00 DH

Distribué par SOTHEMA



B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc


6 118001 070381

ديفلوكان

فلوكونازول

150mg

DIFLUCAN® 150mg ○

4 Gélules



Pfizer

ديفلوكان

فلوكونازول
كبسولة

150 مغ

4 كبسولات

EXP :

LOT N° :

P.P.V

12 25
GT8734
176 30

P10023970

UT. AV. :

LOT N° :

P.P.V

176 30