

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.



Déclaration de Maladie : N° S19-0051255

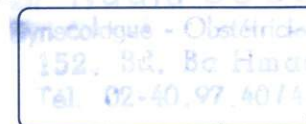
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13.13.2 Société : Royal Air MAROC
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SEKKAT Zineb Date de naissance : 15/11/1990
Adresse : 6.00 Bd Abd V. Res. Acacia Imm G. App. G-35 Casa
Tél. : 06.61.35.19.45 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/06/2023
Nom et prénom du malade : SEKKAT Zineb Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : affection gynécologique
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 : 15/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
15/06/2023	€		250011	2
15/06/2023	€		300011	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE COMPLA 55 Rue Sijilmas Tél: 022 24 63 75	15/06/2023	9,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

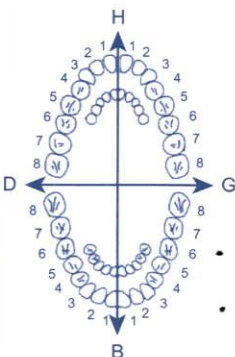
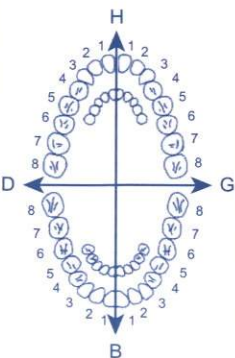
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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 colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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 Nadia Bouga

Gynécologue - Obstétricien

DIPLÔME D'ÉTAT DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE L'U.L.B. A BRUXELLES
ANCIEN ASSISTANT DES HÔPITAUX
DE BRUXELLES

الدكتورة نادية بوشا
إختصاصية في أمراض النساء والتوليد

خرجة كلية الطب بروكسيل
طبيبة سابقة بمستشفيات بروكسيل

15/06/2023
Casablanca, le : في الدار البيضاء

ne SEIKAT ZINEB

1) STERITMP

4 Emolha v par...
adlar

9,30



3/

NADIA BOUGA

Gynécologue - Obstétricien

Autre...

clinique

SV

DR NADIA BOUGA
152 BD BA-HMAD BELVEDERE
TEL /022409740 FAX /022409744

NOTE D'HONORAIRES

NOM : SEKKAT

PRENOM : Zineb

ACTE : ECHOGRAPHIE

DATE : 15/06/2023

MONTANT : 300 DH

Dr Nadia BOUGA
Gynécologue Obstétricienne
152 Bd Ba-Hmad
Tél. 02-40.97.40 / 40.97.41

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE TROIS CENT DIRHAMS.

Docteur Nadia Bouga
Gynécologue - Obstétricienne

DIPLÔME D'ETAT DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE L'U.L.B. A BRUXELLES
ANCIEN ASSISTANT DES HÔPITAUX
DE BRUXELLES

الدكتورة نادية بوجا
إختصاصية في أمراض النساء والتوليد

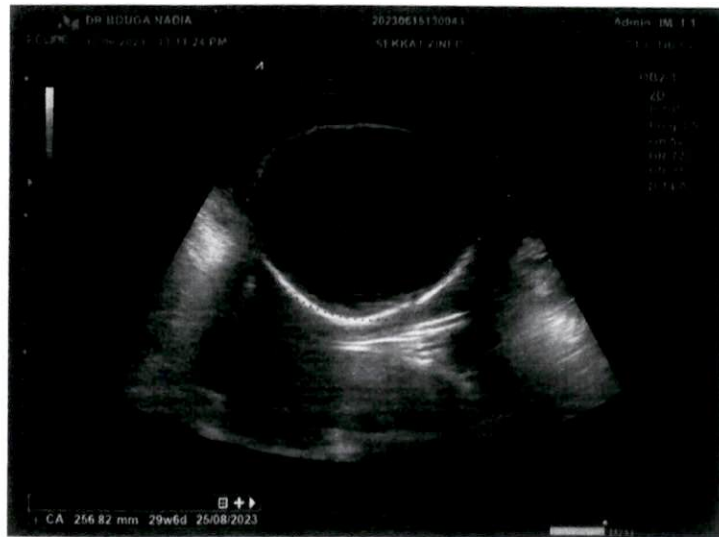
خريجة كلية الطب بروكسيل
طبيبة سابقة بمستشفيات بروكسيل

15/06/23
Casablanca, le : في: الدار البيضاء

SEKAT ZINIEB

Del ohul
Faeli ouqf
Vlaend uel w2
Meje nufd adelceel, ⊕
brant ce jul
S qm eolue
NB eel w (SV)
07 0E 40

DR Nadia BOUGA
Gynécologue - Obstétricienne
152, Bd. Ba Hmad
05 22 40 97 40/44





09/30

AUREOMYCINE® 3%

Chlortétracycline chlorhydrate
Pommade dermique - Tube de 15 g

120x31x26
14



پروموفارم ش.م.
PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc

Composition :
Chlortetracycline chlorhydrate 0,45 g
Excipients q.s.p. 15 g

AUREOMYCINE® 3%

Chlortétracycline chlorhydrate
Pommade dermique - Tube de 15 g

PROMOPHARM S.A.



6 118000 240051

أوريوميسين® 3%

كلورتتراسيكلين كلوريدات
مرهم جلدي - أنبوب 15 غ

AUREOMYCINE 3%
Pommade



2CS0013.V01

