

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-798009

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **TAOUZI-AHMED**

Date de naissance : **12-09-1952**

Adresse : **19, Rue Ibn Hattam - TANGER**

Tél. : **06.65231233** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. M'hamed OUARIACHI
DERMATO - VENEROLOGIE
88, Bd. Mohamed V - Tanger
INP: 161116298

Date de consultation : **06/09/2023**

Nom et prénom du malade : **TAOUZI AHMED** Age :

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

Nature de la maladie : **Dermatose**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

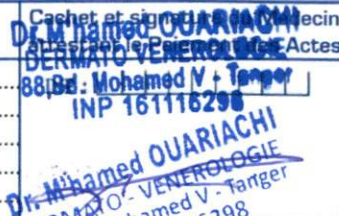
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.


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 : **TANGER** Le : **06/09/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

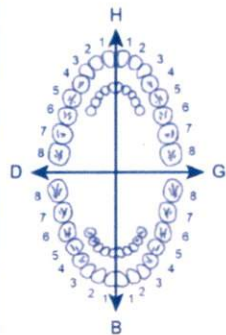
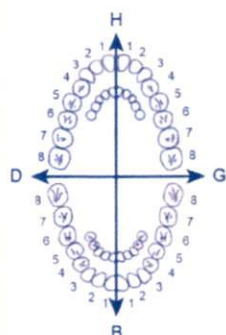
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Praticien |
| 06/08/23 | S | | 300,2DH |  |
| | Kuo | | 600,2DH | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 06-09-23 | 8600 |

| 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 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> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [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 | | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. M'hamed OUARIACHI

Diplômé de l'Ulg Belgique

Dermatologie - Venerologie

CABINET MEDICO-CHIRURGICAL DE DERMATOLOGIE

Maladies de la Peau et du Cuir Chevelu.
Maladies des cheveux et des ongles.
Maladies sexuellement Transmissibles.
Chirurgie de la peau et des ongles.
Mesotherapie.



الدكتور محمد الورياشي

خريج جامعة الدولة بليبج بلجيكا

اختصاصي في الأمراض الجلدية والتناسلية

أمراض الجلد والشعر والأظافر.

الأمراض التناسلية.

جراحة الجلد والأظافر.

أمراض الحساسية.

طنجة، في : Tanger, le :

06.09.2023

Mr TAOUZI Ahmed

NEOSEPT SPRAY

Faire 1 application le matin et le soir.



Dr. M'hamed OUARIACHI
DERMATO VENEROLOGIE
88 Bd. Mohamed V - Tanger
INP 161116298

Dr. M'hamed OUARIACHI

Diplômé de l'Ulg Belgique

Dermatologie - Venerologie

CABINET MEDICO-CHIRURGICAL DE DERMATOLOGIE

Maladies de la Peau et du Cuir Chevelu.
Maladies des cheveux et des ongles.
Maladies sexuellement Transmissibles.
Chirurgie de la peau et des ongles.
Mesotherapie.



الدكتور محمد الورياشي

خريج جامعة الدولة بليبج بلجيكا

اختصاصي في الأمراض الجلدية والتناسلية

أمراض الجلد والشعر والأظافر.
الأمراض التناسلية.
جراحة الجلد والأظافر.
أمراض الحساسية.

طنجة، في : Tanger, le :

6 Septembre 2023

NOTE D'HONORAIRES

Je soussigné, Docteur M'hamed OUARIACHI, certifie avoir reçu
de Monsieur TAOUZI Ahmed
la somme de Trois cents (300) dirhams
comme honoraires d'une consultation. Et six cent (600) dirhams
pour un acte coté k10 (ablation des verrues du visage 5 elts)

Dr. M'hamed OUARIACHI
DERMATO VENEROLOGIE
88, Bd. Mohamed V - Tanger
INP 181116298



05 39 32 29 99

88, شارع محمد الخامس - طنجة (قرب ساحة الأمم) - البريد الإلكتروني : mhamed_ouariachi@hotmail.com
88, Bd. Mohamed V - Tanger (près de la place des Nations) - E-mail : mhamed_ouariachi@hotmail.com

NEOSEPT

SPRAY

ANTISEPTIQUE CUTANÉ

à base de la chlorhexidine

**SOLUTION
ANTISEPTIQUE**



*Ne pique pas
sans alcool*

**SOLUTION POUR
DESINFECTION DES PLAIES**

NEOSEPT

SPRAY

Propriétés:

Neosept spray est un antiseptique cutané, il est utilisé pour le nettoyage et l'antiseptie des plaies.

Instructions:

Appliquer deux fois par jour en moyenne en vaporisant la solution directement sur l'endroit à désinfecter ou à l'aide d'une compresse imprégnée de solution pure.

Mesures de précautions:

- Ne pas avaler
- Tenir hors de la portée des enfants
- Eviter le contact avec les yeux et muqueuses
- Ne pas utiliser par voie auriculaire
- Usage externe uniquement

Ingredients:

CHLORHEXIDINE DIGLUCONATE
(N°CAS: 18472-51-0.....0.3%)
AQUA, GLYCERIN, PROPYLENE
GLYCOL, PEG-40 HYDROGENATED
CASTOR OIL, CHLORPHENESINE,
BENZOATE DE SODIUM,
SORBATE DE POTASSIUM.

NEOSEPT

SPRAY

ANTISEPTIQUE CUTANÉ

à base de la chlorhexidine

**SOLUTION
ANTISEPTIQUE**



*Ne pique pas
sans alcool*

**SOLUTION POUR
DESINFECTION DES PLAIES**

Pe 75 ml

Distribué par
MEDIPROMO

TANGER
Rue 13, N°6, Quartier
Annasr, - Tanger



6 111900 020105

LOT N°: 11022/NSAG
EXP: 10/2025
PPC: 86 DH