

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 canalaires, 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 canalaires.

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-801411

177570



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

12730

Société : Royal air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SOUFIANE HANANE

Date de naissance :

18/06/1987

Adresse :

VIA 88 Pot Salm I, EP 50160

Tél. :

06-61-42-18-50

Total des frais engagés :

350 100,14 Dhs

451,40 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

07/10/2013

Nom et prénom du malade :

ILYANA BAYRAM

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

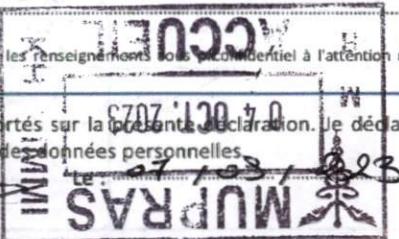
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

EP 50160

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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 |
|-----------------|--|-----------------------|--|--|
| 07.05.83 | Consultation Reflexologie Séance | 250 fils 100 fils | INP : 11111111111111111111111111111111 El Jadida FOSS Bolis 15/02/30 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie EL KOUASSEM Docteur M. Mekka | 07/08/23 | 101,40 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaire, 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 00000000 | 21433552 00000000 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | D | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | G | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | B | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | (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 Nadia FOUAD

Pédiatre



الدكتورة نادية فؤاد

طبيبة الأطفال والمواليد

El Jadida, Le 05-03-23



Facture

دكتور. BAYRAM. Sylwana

à payer 250 DHS pour une
consultation plus 100 DHS du
soin

total 350 DHS



43,40

liverdema



43,40

1 apm.

Protechion steine

101,40

Dr Nadia FOUAD
Pédiatre
18, Cité: 06 52 75 62 38
Bordj El Kiffan
Tunisie

Dr Nadia FOUAD

Pédiatre



الدكتورة نادية فؤاد

طبيبة الأطفال والمواليد

El Jadida, Le

07.05.13

RAYAN

Nadia

Pédiatre

El Jadida

طبيبة الأطفال والمواليد
18, Centre Ibn Badis B - El Jadida
Tél: 06 62 25 62 30

RAYANA

1) Arnica Nafana, 15ct. (52)

58,00

Pharmacie
BY FOUASSEM
Docteur
M. Fathem, M. Mehd.



5800

15ct x 25.

des deux

Nafan

Dr Nadia FOUAD
طبيبة الأطفال والمواليد
Pédiatre
18, Centre Ibn Badis B - El Jadida
Tél: 06 62 25 62 30



ARNICA gel

ARNICA GEL
LOT: DST22
EXP: 05/2026
PPC: 58.00DH

Distribué par :
Laboratoire ADDAX MAROC
Avenue Stendhal, RES BENBER
Casablanca - MAROC
www.addaxmaroc.com

Ingédients:

Aqua, Arnica montana flower extract, Acrylates/C10-30 Alkyl Acrylate Crosspolymer, Phenoxyethanol, triethanolamine, Dehydroacetic Acid, Benzyl Alcohol.

Précautions d'emploi:

- Ne pas utiliser ce produit en cas d'allergie à l'un des constituants.
- Ne pas laisser à la portée des enfants.
- Ne pas avaler et ne pas utiliser sur les yeux.
- A conserver à l'abri de la chaleur et à température ambiante.
- Ne pas utiliser sur les muqueuses, lésions ou plaies.

Indications:

- Bleus, Bosses, Chocs, Coups ou Contusions.

Sans parfum ni colorant.
Extrait d'Arnica 5,0%

15 g de gel

EXP

Lot

CIP: 3400941558405

07/2024



INDICATIONS D'UTILISATION

Médicament homéopathique traditionnellement utilisé dans les plaies, les brûlures superficielles de faible étendue et les piqûres d'insectes.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Voie cutanée.

Appliquer la pommade deux à trois fois par jour après avoir soigneusement nettoyé la peau.

La durée du traitement ne doit pas dépasser 1 semaine.

CICADERMA, pommade peut être utilisé pendant la grossesse et l'allaitement

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Ne pas conserver au-delà de 1 an après première ouverture.

Médicament non soumis à prescription médicale.

COMPOSITION EN SUBSTANCES ACTIVES

Digesté en vaseline de Calendula officinalis sommités fleuries, Hypericum perforatum sommités fleuries, Achillea millefolium sommités fleuries (2/1/1 : 10) 97 g
Ledum palustre, tincture mère 1,5 g

Pour 100 g de pommade.

Excipients : Vaseline, Ethanol à 60 % V/V

Pommade. Tube de 30 g.

Médicament autorisé N° 34009 415 584 0 5

Titulaire et exploitant :

BOIRON

2 avenue de l'Ouest
Lyonnais - 69510 Messimy
France



* 3 4 0 0 9 4 1 5 5 8 4 0 5 *

BOIRON®



CICADERMA®

Plaies • Brûlures superficielles de faible étendue

Pommade 30g

BOTTU SA
PPV: 43 DH 40