

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Diagnostique 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 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

- 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



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 061589

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10157 Société : RAM 50023

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Marthoum Leblair

Date de naissance : 06/03/1968

Adresse : Rue Abou Lhaila el maroufi Marrakech

Tél. : 06.66.303635 Total des frais engagés : 587,00

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SALWA CHAOUI EL FAIZ  
DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE  
INPE: 091239723  
38, Bd. Biranzarane 1er Etg.  
Rés. Ennour - Casablanca  
Tél: 05 22 230 549

Date de consultation : 27/10/2020

Nom et prénom du malade : MARHOUM Fatima Zahra Age: 52 ans

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

Nature de la maladie : lésion cutanée chronique de type 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 fournis. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 27/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :





# 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
28/10/2020	C/S		300.00	<b>Dr. SALWA CHAQUI EL FAIZ</b> DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE INPE: 041239723 38, Bd. Biranzarane 1er Etg. Res. Ennour - Casablanca Tél : 05 22 230 549

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE LA COLONNIE</b> 3, Rue Ibnou Nafis - MATH 92100 CASABLANCA Tél : 05 22 230 549	27/10/2020	287.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

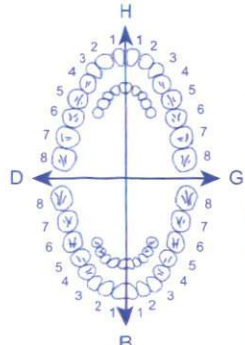
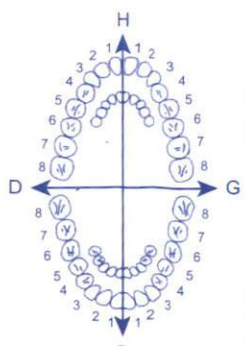
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				CCEFFICIENT 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	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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		CCEFFICIENT 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														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dacteur

Salwa CHAOUI El Faiz

Dermatologue

Infections sexuellement transmissibles

Chirurgie de la peau et des ongles

Dermatologie Esthétique - Lasers

Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca

Diplômée en dermatologie esthétique et lasers.

Versailles - France

الدكتورة

سلوى الشاوي الفائز

أخصائية أمراض الجلد، الشعر و الأظافر

الأمراض المنقولة جنسيا

جراحة الجلد والأظافر

طب التجميل والعلاج بالليزر

خريجة كلية طب بالدار البيضاء

دبلوم طب عميل و العلاج بالليزر.

فرساي - فرنسا

Casablanca le 27 octobre 2020 في الدار البيضاء

Enf. MARHOUM FATIMAZAHR.

DERMOVAL Gel

(ou skinosahc Bation).

appliquer le soir sur la lésion du cuir chevelu pendant 8 jours

(de la périphérie vers le centre)

NEOXIDIL 2%

une pulvérisation le soir sur la lésion du cuir chevelu le matin

pendant 1 Mois

(faire pénétrer avec un coton)



PHARMACIE LA COLLE  
33, Rue Ibnou Nafes -  
CASABLANCA  
Tél: 0522 25 71 01

Dr. SALWA CHAOUI EL FAIZ  
DERMATOLOGUE VENEROLOGUE  
INF E: 091239723  
38, Bd. Biranzarane 1er Etage  
Res. Ennour - Casablanca  
Tél: 05 22 230 549

RV d'ici

38, Bd Bir Anazarane (Proximité de la mosquée) - Résidence Ennour, 1<sup>er</sup> Etage, Maarif, Casablanca

38. شارع بئر أنزران (قرب المسجد) - إقامة النور، الطابق الأول، المعاريف. الدار البيضاء

+212 522 230 549 @ drsalwachou@gmail.com