

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

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° M21- 0026582

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1765 Société : RAM 114794

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SADDI, Nouredine

Date de naissance : 8.4.52

Adresse : Res. Al Qantara, Allal 1/2, Agdal, Marrakech

Tél : 0661376164 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr EL ALAMI JIHANE
DERMATOLOGUE VENEROLOGUE
Centre d'affaires Allal El Fassi, Av. Allal
El Fassi 1^{er} étage, Appt. 3 Marrakech
Tél 05 25 22 06 32

Date de consultation : 28/05/2021

Nom et prénom du malade : Z. Z. Sanaa Age : 58 ans

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

Nature de la maladie : Rhabdomyosarcome

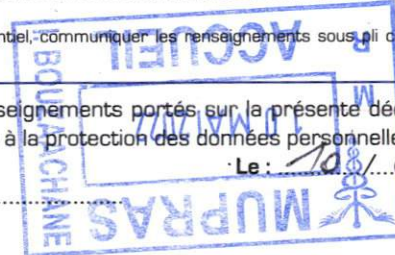
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : 10/05/22

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
28/05/21	C/S		2009.00	Dr. Fassi 01 08 80 06 32 Affaires étrangères étage Tel: 05 06 06 32

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Ordonnance délivrée PHARMACIE CARREFOUR Centre Commercial Amazat Marrakech Tel: 05 24 37 80 61	28/05/21	174,200dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

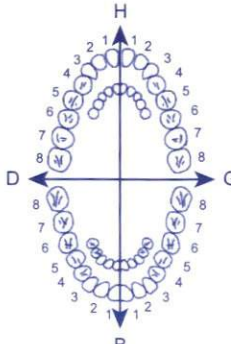
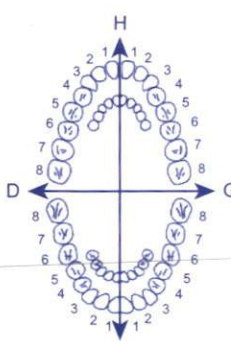
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXECUT

Dr. Jihane EL ALAMI

Dermatologue - Vénérologue

Maladies de la peau, des cheveux et des ongles.

Maladies sexuellement transmissibles

Allergies cutanées

Chirurgie dermatologique

Médecine esthétique et lasers

Diplômée en Dermatologie pédiatrique de la
Faculté de Médecine de Nantes (France)

EJ
DR. EL ALAMI JIHANE

الدكتورة جهان العلمي

إختصاصية في الأمراض الجلدية و التناسلية

أمراض الجلد الشعر و الأظافر

الأمراض المنقولة جنسيا

حساسية الجلد

جراحة الجلد

الطب التجميلي - ليزر

دبلوم أمراض جلد الاطفال

بجامعة نانت الفرنسية

ORDONNANCE

Zizi Senaa

8.10 x2

1/ Roxer gel

1 application / j

2/ Retroubut crème

1 application / j en début de soirée

3/ Roseliane AP crème

1 application x2/j en cas de rougeur.

4/ Roseliane fluide sans alcool
pour l'hygiène de peau.

Le : 22/05/2024

Ordonnance délivrée
PHARMACIE CARREFOUR
Centre Commercial Almazar
Marrakech
Tél. 05 24 37 80 82



à utiliser pendant 1 mois.

187 Sun-Med SPF 100+ Aurore

1 application / 4 heures si
exposition soleil

DR EL ALAMI JIHANE
DERMATOLOGUE VENEROLOGUE
Centre d'affaires Allal El Fassi,
1^{er} étage, Appt. 8, Marrakech
Tel 05 25 32 06 32

ROZEX 0,75 %

Gel pour application cutanée tube de 30 g

AMM N°90 DMP/21/NRQ

PPV: 87,10 DH

Distribué par SOTHEMA

S.P.N° 1,27182 Bouskoura-Moroc



6 118001 070510

ROZEX 0,75 %

Gel pour application cutanée tube de 30 g

AMM N°90 DMP/21/NRQ

PPV: 87,10 DH

Distribué par SOTHEMA

S.P.N° 1,27182 Bouskoura-Moroc



6 118001 070510