

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.



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

121475

Déclaration de Maladie : N° S19-0000398

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5346

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MOULATIF MOSTAFA Date de naissance : 16.02.62

Adresse : MEME

Tél. : 0667863959 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/06/2012

Nom et prénom du malade : MOULATIF Mostapha Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Cancer Cutané

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 : 04/07/22

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
23.06.12	Soins dentaires	1	300 DM	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Prescripteur	Date	Montant de la Facture
	23.06.12	232.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

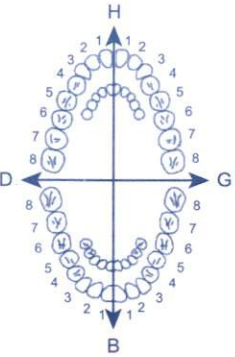
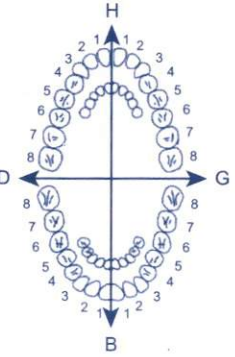
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
			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

Nadia RADOJANE ABDELALIM

Dermatologue - Cosmétologue

Membre d'Académie Américaine de Dermatologie

Membre de la Société Française de Dermatologie

Diplômée de Cosmétologie de l'Université

Saint-Quentin-en-Yvelines Paris

Ex interne du CHU Ibn Rochd

الدكتورة نادية رضوان عبد العليم

طبيبة الجلد والتجميل

عضو بالأكاديمية الأمريكية لأطباء الجلد

عضو بالجمعية الفرنسية لأطباء الجلد

حاصلة على دبلوم طب التجميل من جامعة

سان كويتين-أون-إيفلين باريس

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد



- Maladies et Chirurgie de la Peau, du cuir chevelu et des Ongles
- Dermato-pédiatrie
- (Détatouage - Epilation) au Lazer
- PRP (Plasma) et Mésothérapie
- Peeling et Botox
- Radiofréquence

- إختصاصية في أمراض وجراحة الجلد، الشعر والأظافر
- الأمراض الجلدية للأطفال
- (إزالة الوشم والشعر) بالليزر
- البلازما الميزوثيرابي
- التقشير والبوتوكس
- راديو فريكوئنس

Ordonnance

Casablanca, le : 23.06.20

Nouveau

Nouveau

PHARMACIE ATTACHAROUK
Hay Walaal Rés. Yahya 1^{er} Etage - N°2 - Attacharouk - Casablanca
Tél: 05 22 72 61 42 - 06 00 62 81 85
Fax: 05 22 72 61 42 - 06 00 62 81 85



ayn n

Dr Nadia RADOJANE

LOT 429
EXP 10/23
PPV 112DH00

PPU: 120,40 DH
LOT: 648305
PER: 08/23

حي الولاية - شارع محمد زفزاف إقامة يحي الطابق 1 رقم 2 - التشارك - الدار البيضاء - (أمام مصحة الملائكة + التكوين المهني)
الهاتف: 06 35 24 20 62 - 06 00 62 81 85 - 05 22 72 61 42

Bd. Med Zefzaf, Hay Walaal Rés. Yahya 1^{er} Etage - N°2 - Attacharouk - Casablanca - (en face de l'OFPP + Clinique les Anges)

Tél.: 0522 72 61 42 - 06 00 62 81 85 - 06 35 24 20 62

Dr. Nadia RADOUANE ABDELALIM

Dermatologue - Cosmétologue

Membre d'Académie Américaine de Dermatologie

Membre de la Société Française de Dermatologie

Diplômée de Cosmétologie de l'Université

Saint-Quentin-en-Yvelines Paris

Ex interne du CHU Ibn Rochd



الدكتورة نادية رضوان عبد العليم

طبيبة الجلد والتجميل

عضو بالأكاديمية الأمريكية لأطباء الجلد

عضو بالجمعية الفرنسية لأطباء الجلد

حاصلة على دبلوم طب التجميل من جامعة

سان كوينتين أون إيفلين باريس

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

- Maladies et Chirurgie de la Peau, du cuir chevelu et des Ongles
- Dermato-pédiatrie
- (Détatouage - Epilation) au Lazer
- PRP (Plasma) et Mésothérapie
- Peeling et Botox
- Radiofréquence

- إختصاصية في أمراض وجراحة الجلد، الشعر والأظافر
- الأمراض الجلدية للأطفال
- (إزالة الوشم والشعر) بالليزر
- البلازما، الميزوتراي
- التقشير والبوتوكس
- راديو فريكونس

Facture

Ordonnance

Casablanca, le :

23/06/19

Moulatif Mastople

Facture n° 20 et à la s.
de 300 00

Dr. Nadia RADOUANE
Dermatologue et Cosmétologue
Membre de l'Académie Américaine de Dermatologie
Membre de la Société Française de Dermatologie
Diplômée de Cosmétologie de l'Université
Saint-Quentin-en-Yvelines Paris
Ex interne du CHU Ibn Rochd
0522 72 61 42

حي الولاء - شارع محمد زفزاف إقامة يحيى الطابق 1 رقم 2 - التشارك - الدار البيضاء - (أمام مصحة الملائكة + التكوين المهني)
الهاتف : 06 35 24 20 62 - 06 00 62 81 85 - 0522 72 61 42

Bd. Med Zefzaf, Hay Walaa Rés. Yahya 1^{er} Etage - N°2 - Attcharouk - Casablanca - (en face de l'OFPP - Clinique les Anges)

Tél.: 0522 72 61 42 - 06 00 62 81 85 - 06 35 24 20 62