

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.

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° W21-775315

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12596

Société : RAT

☒ **Actif**

☐ **Pensionné(e)**

☐ **Autre**

Nom & Prénom : ABERCHANE NARJISS

Date de naissance : 11/01/1988

Adresse : Dérivée TAT Nouaceur GH 1 ENNAH

App 23 Nouaceur Casablanca

Tél. : 0662509646

Total des frais engagés : 956,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/10/2022

Nom et prénom du malade : ABERCHANE NARJISS

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Dentite chronique + Xérose

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 : Casablanca

Le : 09/10/2022

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
09/12/22	CS		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/12/22	243,00
	09/12/22	413,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

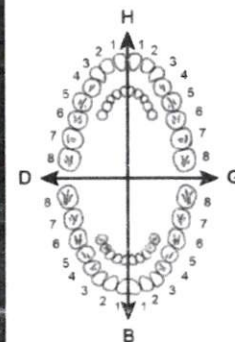
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

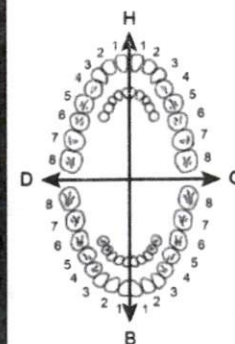
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Zoubida ALIOUA ép. Sandi

Ex. Médecin Capitaine Dermatologue

à l'Hôpital Militaire de Rabat

DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE

(Femmes - Hommes - Enfants)

Spécialiste des Maladies de la Peau, des Cheveux, des Ongles

Spécialiste des Infections Sexuellement Transmissibles

Chirurgie Dermatologique - Médecine Esthétique

Traitement par LASER



الدكتورة زبيدة عليوة ح الصندى

طبيبة اختصاصية سابقا بالمستشفى العسكري بالرباط

(نساء - رجال - أطفال)

اختصاصية في أمراض الجلد والشعر والأظافر

اختصاصية في الأمراض المتنقلة جنسيا والحساسية

جراحة الجلد - طب التجميل

العلاج بالليزر

Rabat 09/12/2022 : الرباط في:

Mme ABARCHANE NARJISS

1 - TARDYFERON 80MG

1 Comprimé par jour PENDANT 6 MOIS

2 - CAPIDERMA CAPIPHAN GELULE

1 capsule par jour pendant 2 mois

٣٧٠٠
 ٢٠٠٧
 ١٥/٠٣/٢٠٠٧
 رقم الهاتف: ١٥٠٣٠٣٧٠٠

Dr. EDDIOS ALIQUA
Dermato - Vénérologue
8, Rue Annan - Rabat
Tél.: 0337 70 30 49 GSM: 0655 38 29 29

8، زنقة عمان، شارع علال بن عبدالله، درج س الطابق الثالث الرباط - (أمام فندق الملكي)

8, Rue Amman, Av. ALLAL Ben Abdellah, Escalier C, 3ème étage - RABAT (Face à l'hôtel Royal)
Email : zoubida.alioua@gmail.com الهاتف : 05 37 70 35 42 Gsm : 06 55 39 29 29 البريد الإلكتروني :

ICE:001634498000062 - INP:101101632

319334



Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par **COOPER PHARMA**
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334



Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par **COOPER PHARMA**
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334



Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par **COOPER PHARMA**
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334



Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par **COOPER PHARMA**
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334



Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par **COOPER PHARMA**
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334



Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par **COOPER PHARMA**
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

Docteur Zoubida ALIOUA ép. Sandi

Ex. Médecin Capitaine Dermatologue
à l'Hôpital Militaire de Rabat
DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE
(Femmes - Hommes - Enfant)

Spécialiste des Maladies de la Peau, des Cheveux, des Ongles
Spécialiste des Infections Sexuellement Transmissibles
Chirurgie Dermatologique - Médecine Esthétique
Traitement par LASER



09/12/2022

الدكتورة زبيدة عليوة ج الصندي

طبيبة اختصاصية سابقا بالمستشفى العسكري بالرباط -
نساء - رجال - أطفال
اختصاصية في أمراض الجلد والشعر والأظافر
اختصاصية في الأمراض المنقولة جنسيا والحساسية
جراحة الجلد - طب التجميل
العلاج بالليزر

Rabat le :

Mme ABARCHANE NARJISS

1 - Eptapso CREME 30
1 X/FOIS /I-COUDE

2 - DERMOVAL CREME

Chaque Jour(s), 1 APPLICATION par jour, pendant 15 Jours SUR LE COUVERT

3 - CHOLLEY CLEARING GEL CREME

1FOIS par jour le soir

4 - EXACYL 250MG

1 Comprimé 2X par jour PENDANT 2 MOIS

5 - ROGE CAVAILLÈS DERMO-UHT HUILE LAVANTE

toilette quotidienne bien rincer

6 - AVENE TOLERANCE CONTROL CREME

2 Applications par jour sur le visage

7 - KETODERM SACHETS

2 sachets par semaine laisser agir 10 mn et rincer pendant 1 mois PUIS 1 sachet par semaine
laisser agir 10 mn et rincer pendant 2 mois

8 - DERMOVAL GEL

1 FOIS PAR JOUR PDT 10 JOURS

9 - RELAXIUM 300 MG GELULE

Chaque Jour(s), 1 GELULE le soir, après le repas, pendant 1 Mois

10 - BIOKAP MASQUE NOURISSANT CHEVEUX SECS

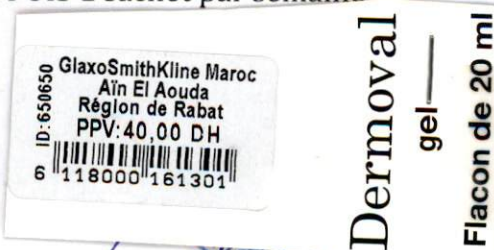
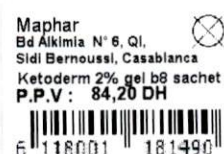
2x/semaine à rincer

8. زنقة عمان شارع علال بن عبد الله، درج س الطابق الثالث الرباط (أمام فندق الملكي)

8. Rue Amman, Av. ALLAI. Ben Abdellah, Escalier C, 3ème étage - RABAT (Face à l'Hôtel Royal)

الهاتف : 05 37 70 35 42 - النقال : 06 55 39 29 29 - البريد الإلكتروني : zoubida.alioua@gmail.com

ICE : 001634498000062 - INP : 101101632



28,30

EXACYL® 250 mg
Acide tranexamique
20 comprimés



6 118000 061243

28,30

EXACYL® 250 mg
Acide tranexamique
20 comprimés



6 118000 061243

28,30

EXACYL® 250 mg
Acide tranexamique
20 comprimés



6 118000 061243

28,30

EXACYL® 250 mg
Acide tranexamique
20 comprimés



6 118000 061243

28,30

EXACYL® 250 mg
Acide tranexamique
20 comprimés



6 118000 061243

28,30

EXACYL® 250 mg
Acide tranexamique
20 comprimés



6 118000 061243