

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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° W21-793085

par *l'adhérent*

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *5903* Société : *RAF*

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : *Retraitee*

Nom & Prénom : *Zeghari Nadia*

Date de naissance : *19.01.58*

Adresse : *1 rue ouest de Makhazie Reghiba Ap*

4 Rabat

Tél. : *06 61 67 0311* Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ilhame NACIRI
Spécialiste en
Dermatologie-Vénérologie
16 Av. Michlifen, Appt 19 4ème étage.
Agdal - Rabat - Tél. 05 37 67 1 78

Date de consultation : *22/03 / 2023*

Nom et prénom du malade : *Zeghari Nadia*

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

Nature de la maladie : *Myxome myxœde et cataracte*

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 : *Rabat* Le : *21/06/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *Zeghari*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-793085

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : *5903*

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : *200*

Date de dépôt :

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
22/03/2023	CS	1	300,00	
27/03/2023	CT	1	G	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22.03/23	1.28,30
	28/3/23	263,50

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.

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 de l'OOF.					
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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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'EXECUTION		

Dr. Ilhame NACIRI

Spécialiste en Dermatologie



الدكتورة إلهام ناصري

أخصائية في طب الجلد

- Diplômée en Dermatologie & Vénérologie (Faculté de Medecine de Rabat).
- Diplômée en Dermatologie Esthétique (Université de Versailles - Paris).
- Diplômée en Dermatologie pédiatrique (Université de Nice - France).
- Ancien médecin au CHU Ibn SINA et à l'Hopital Militaire Med V de Rabat.

- دبلوم طب الجلد والأمراض التناسلية (كلية الطب بالرباط)
- دبلوم طب التجميل (جامعة فرساي - باريس)
- دبلوم طب الجلد عند الأطفال (جامعة نيس - فرنسا)
- طبية سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن سينا، والمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط.

Rabat le : 27 mars 2023: الرباط في

Mme ZEGHARI Nadia

20100
1/ CLENIDERM

1 application le soir pendant 10 jkours , puis 1jour/2 pendant 10 jours

87 30
2/ Dermofix creme

1 fois par jour le soir au niveau des mésiions du tronc et entre les orteils pendant 1 mois

321100
3/ LOCERYL Solution filmogene

appliquer 2 fois par semaine sur les ongles des pieds, avant chaque application nettoyer avec du dissolvant et limer avec un bout de lime a ongle a jeter

PHARMACIE MICHLIFEN
2, Av. Michlifen, Agdal - Rabat
Tel: 0537 67 41 78 / 05 37 67 26 87

Dr. Ilhame NACIRI
Spécialiste en
Dermatologie-Vénérologie
16, Av. Michlifen, Appt 19 - 4 eme étage
Agdal - Rabat - Tel: 05 37 67 41 78

16, شارع مشليفن، شقة 19، الطابق 4، أكدال - الرباط

16, Av. Michlifen, Appt 19, 4 ème étage, Agdal - Rabat - Tél: 05 37 67 41 78 / 07 62 34 17 76

E-mail: dr.ilhamenaciri@gmail.com

Dr. Ilhame NACIRI

Spécialiste en Dermatologie



- Diplômée en Dermatologie & Vénérologie (Faculté de Medecine de Rabat).
- Diplômée en Dermatologie Esthétique (Université de Versailles - Paris).
- Diplômée en Dermatologie pédiatrique (Université de Nice - France).
- Ancien médecin au CHU Ibn SINA et à l'Hopital Militaire Med V de Rabat.

الدكتورة إلهام ناصري

أخصائية في طب الجلد

- دبلوم طب الجلد والأمراض التناسلية (كلية الطب بالرباط)
- دبلوم طب التجميل (جامعة فرساي - باريس)
- دبلوم طب الجلد عند الأطفال (جامعة نيس - فرنسا)
- طبيبة سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن سينا، والمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط.

Rabat le : 22 mars 2023: الرباط في

Mme ZEGHARI Nadia

1/ DUCRAY DEXYANE BAUME EMOLIENT ANTI GRATTAGE

une à 2 application par jour (corps)

263:50
PHARMACIE MICHILFEN
2, Av. Michlifen Agdal - Rabat
Tél : 0537 67 33 54 / 05 37 67 26 87

Dr. Ilhame NACIRI
Spécialiste en
Dermatologie-Vénérologie
16, Av. Michlifen, Appt 19 - 4ème étage,
Agdal - Rabat - Tél : 05 37 67 41 78

16، شارع مشليفن، شقة 19، الطابق 4، أكdal - الرباط

16, Av. Michlifen, Appt 19 , 4 ème étage, Agdal - Rabat - Tél: 05 37 67 41 78 / 07 62 34 17 76

E-mail: dr.ilhamenaciri@gmail.com