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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

Déclaration de Maladie

№ W21-806839

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12818 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 167078

Nom & Prénom : Kawellia Kettaj

Date de naissance : 06-12-1989

Adresse : Siège Casa Anfa - Royal Air Maroc

Tél. : 06 27 65 224 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Soukaina MAGHFOUR Spécialiste en Dermatologie-Vénérologie الدكتورة سكينة مغفور أخصائية في الأمراض الجلدية والتناسلية Tél: 05 22 39 90 91

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : Kawellia Kettaj Age: .....

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

Nature de la maladie : Dermatose pustuleuse

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.

MUPRAS 05 JUIL 2023 MEDECIN CONSEIL

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 :** 15/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15/06/23	Consultation		300 dhs	INP : 06129393 Dr. Soukaina MAGHFOUR Spécialiste en Dermatologie Vénérologie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MADIR	15/06/23	300,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

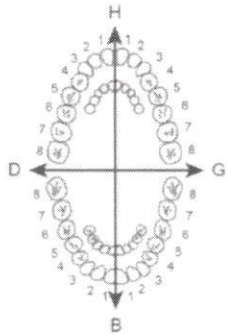
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

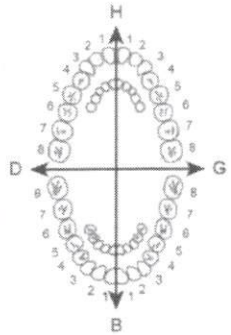


MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
D	25533412 / 00000000	21433552 / 00000000
	00000000 / 35533411	00000000 / 11433553
	B	

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

CŒFFICIENT 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 Soukaina Maghfour
Spécialiste en Dermatologie et Vénérologie
Lauréate de la Faculté de Médecine de Sousse . Tunisie

الدكتوة سكينة مغفور
أخصائية الأمراض الجلدية والتناسلية
خريجة كلية الطب بسوسة. تونس

Maladies de la peau, du cuir chevelu et des ongles
Dermatologie pédiatrique
e et Lasers

أمراض الجلد، الشعر، والأظافر
أمراض جلد الأطفال
طب التجميلي و العلاج بالليزر

maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql, Sidi Bernoussi,
Casablanca - Maroc
KETODERM 2% GEL SAC B8
P.P.V. : 84 DH 20
6 118001 181490

Casablanca Le: : 15/06/2023 : الدارالبيضاء في

Nom et Prénom Enfant : Mme Kanelin Kabbaj

CUTACNYL 5%
Gel pour application locale tube de 40 g
AMM N°487/17 DMP/21/NRQ
P.P.V : 36,90 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N° 1, 27182 Bouskoura-Maroc
6 118001 070190

1) Ketoderm gel sachet — 1 sachet x02 / semaine
84,20
durée de soins 2 sem — x 2 semaines

2) Fucidine crème — 1 app x02 / jour
39,70
x 5 jrs

Fucidine® 2%
crème Tube de 15 g
39,70

3) Cutacnyl 5% Gel — 1 app / jour (le soir)
36,90

4) Eryfluid 4% solu — 1 app x02 / j
67,20

ERYFLUID 4%
LOTION FL 100 ML
P.P.V : 67DH20
LOT : 22E004
PER : 06 2024
6 118000 010630

Dr. Soukaina MAGHFOUR
Spécialiste en
Dermatologie Vénérologie
الدكتوة سكينة مغفور

104 Anfa Business Center. Boulevard Sidi Abderrahmane - 2ème Etage,Bureau 3. Beausejour. 20200. Casablanca
104 أنفا بزنس سنتر. شارع سيدي عبد الرحمان - الطابق الثاني، مكتب 3 - بوسيجور. 20200. الدار البيضاء
(+212) 06 79 29 74 14
(+212) 05 22 39 90 91
(+212) 05 22 39 90 91
sm.dermacenter@gmail.com

Différence crème

72,10

1app/soir

300,10

PHARMACIE NADIR
Rue N°3, Hay Arraha N°29
Rte. Biel Jadida - Casablanca
Tél: 05 22 25 09 43
ICE: 001084172000016