

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° W21-814203

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7572

Société :

Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Mouss Mohamed Noureddine

Date de naissance :

98 Rue Ovaliti Lalla Haya

Adresse :

98 Rue Ovaliti Lalla Haya

Tél. :

066111209

Total des frais engagés :

396,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

14/08, 2023

Nom et prénom du malade :

Mouss AYA

Age :

18 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Dermatologie

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


Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Le :

14/08, 2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

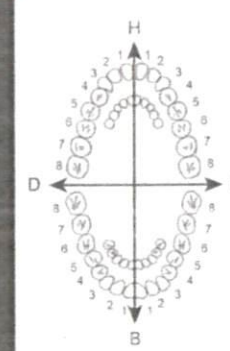
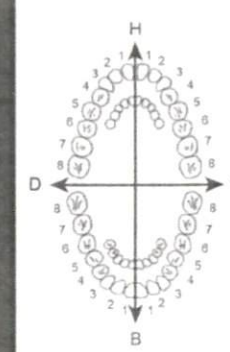
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14 AOUT 2023	S	1	250 DH	



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Praticien	Date	Montant de la Facture
Dr. Hassan El Hachimi	14/08/23	146,60

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
		A M	P C	I M	I V	

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'O.D.F.																		
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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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'EXECUTION

Docteur Siham OUMAKHIR



Spécialiste en Dermatologie • Vénérologie
Chirurgie Dermatologique • Dermatologie Pédiatrique
Lasers Médicaux • Dermatologie Esthétique et anti-âge

Ex. Médecin Commandant des Hôpitaux Militaires

الدكتورة سهام أوماخير

إختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية
جراحة الجلد
طب التجميل والعلاج بالليزر

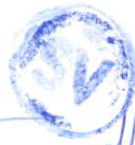
طبيبة عسكرية سابقا بالمستشفى العسكري

Marrakech, le 14 sept 2023

Handwritten signature: *Aya*

Dr Siham OUMAKHIR
Avenue Hassan II Rce Nour II Apt 3
1er étage Marrakech • Tél: 05 24 433 288
GSM: 07 62 367 337
INPE 101222263

rub, 69 - Epiduo gel



2x / se

pdt 01 mois

ps 3x / se

pdt 05 min

2 - Teen De k cactate

5x / se

pdt 01 mois

ps 4x / se

pdt 05 min

PHARMACIE EL MASSOUDI
Lot. El Massoudi R 29 Tarra
Marrakech
Tél: 05 24 49 01 37

Dr Siham OUMAKHIR
Médecin Dermatologue
Avenue Hassan II Rce Nour II Apt 3
1er étage Marrakech • Tél: 05 24 433 288
GSM: 07 62 367 337
INPE 101222263

INPE 101222263 • ICE 002301342000026

شارع الحسن الثاني إقامة التور II الشقة 3 الطابق 1 الهاتف: 05 24 433 288 الموحول: 07 62 367 337

Avenue Hassan II Rce Nour II Apt 3 1er étage Marrakech • Tél.: 05 24 433 288 • GSM: 07 62 367 337

Epido

0,1% / 2,5%, gel

adapalène / peroxyde de benzoyle

GEL

voie cutanée

30 g

EPIDUO GEL

Tube de 30 g

PPV: 146,60 DH

AMM N°02 / 14 DMP / 21 / NRQ

Distribué par SOTHEMA

B.P. N°1,27182-Bouskoura



6 118001 071692



GALDERMA

Composition (pour 1 g de gel) :

Adapalène.....1 mg (0,1%)
Peroxyde de benzoyle25 mg (2,5%)
Excipient à effet notoire :
propylène glycol (E1520).

Autres excipients : Edétate disodique,
docosate sodique, glycérol, poloxamère,
SIMULGEL 600 PHA (copolymère
d'acrylamide et d'acryloyldiméthyltaurate de
sodium, isohexadécane, polysorbate 80,
oléate de sorbitan), eau purifiée.

Réceptif multi-dose (pompe) avec système
de fermeture sans entrée d'air.

Tenir hors de la vue et de la portée des
enfants.

Attention: éviter le contact avec les yeux, la
bouche, les narines et autres muqueuses.

Lire la notice avant utilisation.

A conserver à une température ne
dépassant pas 25°C.

Après première ouverture, le médicament doit
être conservé maximum 6 mois.

Médicament autorisé n° : 34009 276 111 17

Epido

0,1% / 2,5%, gel

adapalène / peroxyde de benzoyle

GEL

voie cutanée

30 g

Titulaire et exploitant :

GALDERMA INTERNATIONAL
TOUR EUROPLAZA - LA DEFENSE 4
20, AVENUE ANDRÉ PROTHIN
92927 LA DEFENSE CEDEX



EPIDUO 0,1% / 2,5%
+ GROSSESSE = INTERDIT

Ne pas utiliser chez la femme enceinte
et chez la femme planifiant une grossesse

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Laisser le bouchon sur le flacon



GALDERMA

PC 03400927611117

4

27610143726500L NS

4202/90 dX3

0727232 101



PC 03400927611117