

## 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-796487

183509

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
 Nom & Prénom : DANOUNE RACHID  
 Date de naissance : 20/03/1962  
 Adresse : 7 RUE AN ELATI, AN 16, RACINE  
CASABLANCA  
 Tél. : 066172015 Total des frais engagés : 1525,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 31-08-2023  
 Nom et prénom du malade : DANOUNE GHITA Age : .....  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Dermatose  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 20 NOV. 2023  
 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 : RAM Le : 31/08/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

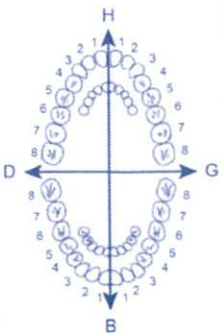
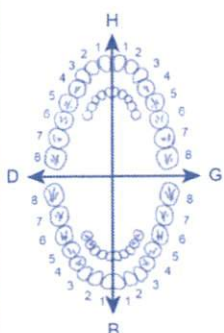


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21-08-2023	CS		300,00	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] INPE: 091235242

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/08/23	1222,50

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DEBUT D'EXECUTION [ ]  FIN D'EXECUTION [ ]														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DATE DU DEVIS [ ]  DATE DE L'EXECUTION [ ]														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														



# Dr. BIAZ IMANE

Spécialiste en Dermatologie Vénérologie  
Médecine Esthétique et anti âge  
Laser médicaux  
Sclérothérapie  
Chirurgie Dermatologique (Peau et Ongles)  
Allergologie



## الدكتورة إيمان بياز

إختصاصية في الأمراض الجلدية التناسلية  
جراحة الجلد الأظافر  
طب التجميل ومكافحة الشيخوخة  
الليزر الطبي  
سكليروتيرابي  
الحساسية

Ancienne attachée des Hôpitaux de Paris  
et CHU Ibn Rochd à Casablanca  
Sur Rendez-vous

ملحقة سابقة بمستشفيات فرنسا  
والمستشفى الجامعي بالدار البيضاء  
بالموعد

DANOUNE Clita

2023-08-31

250, ~  
DR BIAZ IMANE  
Spécialiste en Dermatologie Vénérologie  
INPE 091235242

BL

م. بياز

4/ Effacer gel Hicopaling 50g

x217 m le nettoyage  
du visage 10 zones.

195, ~

2/ Teint doux d'après

3/ Appliq le naturel 10 zones

220, ~  
3/ Cotapilul light gel 80g 50g

Chaque 02 heures.

شارع الحسن الثاني، عمارة وليد C الطابق 3 الرقم 11 - المحمدية  
Bd. Hassan II, Imm Walid C, N° 11 3<sup>ème</sup> Etage - Mohammedia  
Tél : 05 23 31 01 11 / E-mail : emiemed@hotmail.fr  
INPE : 091235242 - CNSS : 4901220 - ICE : 001676182000085



4/ S - Différent. Crème 100  
72.1-2 - Dermom Hydrat 100  
210, - - - - - crème

17 App 17 - le soir 100

275, unigt et le lésin  
5/ Bonetix gel tri actif 100

17 App le soir 100  
et le lésin sur des + thèses

1222.10  
DR BIAZ Imane  
Spécialiste en Dermatologie  
Vénerologie  
Tél: 05 23 33 01 11  
INPE: 09123624

PHARMACIE ANAJUI SARL AU  
DES LES PERES DE GEN TRIAA  
IMM. EL BOU KANSOURIA  
Tel: 05 23 33 01 27

DIFFERINE 0,1 %  
crème, tube de 30 g  
AMM N° 291 DMP/21/NCV  
P.P.V: 72.50 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P.N° 1.27182 Bouskoura - Maroc

6 118001 070206