

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° W19-444285

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7756 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : KOURD ABDELGHANI

Date de naissance : 12.10.1960

Adresse : RS. EL JANSOUR IMM. 10 Apt 6
B HAY SALAM BD CHANDI CASABLANCA

Tél. : 06 92 05 760 Total des frais engagés : 542,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin : Dr. TAZI SAOUD Zineb

Dermatologue
47, Emeraude Center, Bd. Oued Laou
4ème Etg. N° 16, Hay Hassani - Casablanca
Tél.: 0521 04 01 01 - Gsm: 0688 03 08 36
INPE: 065312625

Date de consultation : 09.09.2023

Nom et prénom du malade : Abdelghani Kourd

Age : 57

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

Nature de la maladie : Eczéma des mains

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 : 29 / 09 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
29-09-23	U		300 DH	INP : 0613112695 Dr. TAZI SAOUD Zineb Dermatologue 47, Emerald Center, Bd. Oued Laou Tél. 76. Hay Hassan

Dr. TAZI SAOUD Zineb
Dermatologue
47, Emeraude Center, Bd. Oued Laou
4ème Etg. N° 16, Hay Hassani - Casablanca
Tél.: 0521 04 01 01 - Gsm: 0688 03 08 36
RDONNANCES: 061312625

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/09/2023	262,30

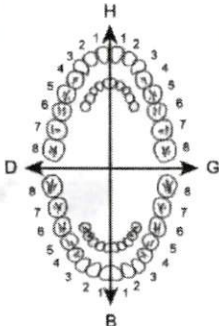
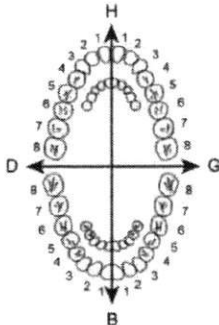
[illegible][illegible]

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'ODF.

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Zineb TAZI SAOUD

Dermatologue - Vénérologue

- Maladies de la peau, cheveux et ongles
- Dermatologie chirurgicale
- Dermatologie pédiatrique
- Dermatologie - allergologie
- Lasers médicaux
- Médecine esthétique

- Lauréate de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Diplômée de l'Université de Nantes en dermatologie pédiatrique
- Ancienne interne du CHU Ibn Rochd



DR ZINEB TAZI SAOUD
DERMATOLOGUE

الدكتورة زينب تازي سعود

أخصائية في الأمراض الجلدية و التناسلية

- أمراض الجلد، الشعر و الأظافر
- الجراحة الجلدية
- أمراض الأطفال الجلدية
- الحساسية الجلدية
- العلاج بالليزر الطبي
- طب التجميل

- خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- خريجة طب جلد الأطفال من جامعة نانت
- متدربة سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد

ORDONNANCE

29/09/2023

Dr Kaoud Abdelghani

17, uoxe

1) Demoval :



1 app x 15 pelt 15 jours

puis 1 app tous les 2 jrs pelt 15 jrs

puis 1 app tous les 3 jrs pelt 15 jrs

207,50

2) Dxyane



1 app x 21 pelt 1 m

To: 242,30

Dr. TAZI SAOUD Zineb
Dermatologue

47, Émeraude Center, Bd. Oued Laou
4ème Etg. N° 16, Hay Hassani - Casablanca
Tél.: 0521 04 01 01 - Gsm: 0688 03 08 36
INPE: 061312625

