

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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal 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° W19-471862

203322

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 810 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Veuve pensionnée
 Nom & Prénom : ADOUHAY MAMA
 Date de naissance : 30/06/1965
 Adresse : Hay My Abdellah Rue 189 VR 14 Casablanca
 Tél. : 0666 926326 Total des frais engagés : 393,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/06/2024
 Nom et prénom du malade : MAMA ADOUHAY Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : AFFECTION ORAL
 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 : Le : / /

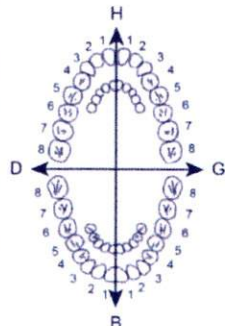
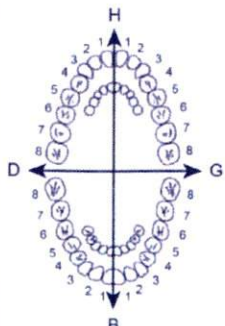
Signature de l'adhérent(e) :

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
23/04/24		2	3000 F	INP : 1111111111

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MAJORELLE Opérative Sofaca I, N° 14 Quai Taleb. Caferme Casablanca - Tel : 05 22 50 81 42	23/04/24	

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 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		Coefficient	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"/>	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 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 ALLOUANE Mohamed Amine

O.R.L et chirurgie cervico-faciale

الدكتور علوان محمد أمين

أمراض جراحة الأنف والأذن والحنجرة
جراحة الوجه والعنق

- Traitement de la surdité
- Chirurgie de la thyroïde
- Traitement du vertige
- Prise en charge du ronflement
- Rhinite Allergique
- Chirurgie endoscopique
- Ancien médecin à l'hôpital
20 Aout Casablanca



Thermo-ablation thyroïdienne
علاج الغدة الدرقية بالتردد الحراري

- علاج الصمم
- جراحة الغدة الدرقية (الكواطر)
- علاج الدوخة
- علاج الشخير
- الحساسية
- الجراحة بالمنظار
- طبيب سابق بمستشفى 20
غشت الدار البيضاء

Casablanca le : 23 Avril 2024 : الدار البيضاء في:

MAMA ADOUHAY

23, 20
TOPSYNE GEL

1 app x 2 /jour pdt 1 semaine

pu 1 app le soir
الم 20

(S.V)
Dr. ALLOUANE Mohamed Amine
Spécialiste en ORL et Chirurgie
Cervico-faciale
Angle Bd. Al Qods et Bd. Haïfa
Ain Chock - Casablanca
Tél: 05 22 50 04 40 / 06 10 88 02 35

PHARMACIE MAJORELLE
Coopérative Sofaca L.N.S.
Ouled Taleb, Califormie
Casablanca - Tél. : 05 22 50 81 42

Angle Boulevard Al Qods et bd Haïfa, Résidence Ryad Al Qods gh2,
Ain Chock - Casablanca - Tél: 0522 50 04 40 - 0622 13 54 04
Urgence: 0610 88 02 35 - Site web: www.orlcasa.com



Gel dermique 30 g



FLUCINONIDE
GEL
TOPSYNE

TOPSYNE GEL
FLUCINONIDE

23,80

Indications

Toutes dermatoses inflammatoires, allergiques de la peau et du cuir chevelu et notamment le psoriasis, les parafolliculites, les acnéiformes.

Posologie

(voie dermique)
Selon prescription médicale. En général, 2 applications par jour.

Précaution d'emploi

En cas d'infection surajoutée, une thérapeutique antibactérienne ou antifongique locale complémentaire s'impose.

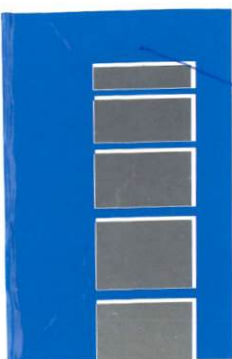
تعليمات
الأمراض الجلدية المألوفة أو الحساسية والحكة (الأكزيما)
التصدق - الحكة الشديدة)
الاستعمالات

مرتان في اليوم، حسبما أوصت أدات الطبيب

تجنب استعمال

ظهور بعض رد يستوجب علاجاً موضعياً بضماد جدي أو مضاد للحساسية.

جم للنسج 30 ج



فلوسونيد
جم
طوسين

6 118000 120469
TOPSYNE GEL
Gel dermique, tube de 30g

Composition

Fluocinonide 25 mg
Excipients q.s.p 100 g

Ne peut être délivré que sur ordonnance médicale

EPI titulaire de l'AMM au Maroc et fabricant : Polymedic
Rue Amyot d'Inville, Quartier Arsalane, CASABLANCA - MAROC
Dr. T. BELABDA - Pharmacien Responsable
AMM N° 188/S.G./42

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

A conserver à l'abri de l'humidité et de la lumière, hors de la portée et de la vue des enfants.

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25°م.

بعيداً عن مرمى ومقتال الأطفال



Liste I

(138x37x25) mm

09

C91457-08

ACV0100053-08

06/22