

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.

Éducation :

- 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.

Prothèse :

- 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.
- Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie chronique 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

- Information : contact@mupras.com
- En charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc 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.

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° P19-0021929

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9310 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHAOUQUI MUSTAPHA Date de naissance : 03-04-1974
Adresse : H. M. ABDELLAH RUE 16 N° 78 CASA
Tél. : 0663235840 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr NADA SRIFI

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/04/2019
Nom et prénom du malade : CHAOUQUI MUSTAPHA Age : 36 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : CASA

Le : 23/04/2019

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
23/04/19	C		390,00	
30/05/19	C			
es				

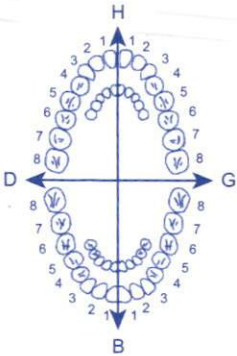
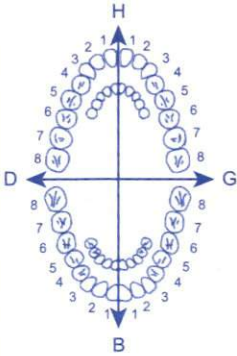
[illegible][illegible][illegible]

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															
				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 DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="text-align: center;"> D 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center; margin: 0 10px;"> H 21433552 00000000 00000000 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

CABINET DE DERMATOLOGIE MEDICALE & ESTHETIQUE



Dr. NADA SRIFI

Dermatologue - vénéréologue

CHIRURGIE - ESTHETIQUE - LASERS

Ancien Médecin à l'hôpital universitaire suisse-rabat

Ancien Médecin des hôpitaux de Paris

Membre de la société européenne de dermatologie et de vénéréologie

Diplômée en :

Dermatologie pédiatrique (Nice - France)

Lasers Dermatologie (Bordeaux - France)

Techniques d'injection et de comblement

Esthétique du Visage (Paris - France)

د. ندى اسريفي

طبيبة الأمراض الجلدية و التناسلية

جراحة الجلد - الليزر - التجميل

طبيبة سابقة بمستشفى السويسي بالرباط

طبيبة سابقة بمستشفيات باريس - فرنسا

عضوة بالأكاديمية الأوروبية لطب الجلد

حاصلة على دبلوم في :

الأمراض الجلدية للأطفال (نيس-فرنسا)

طب الليزر (بورديو-فرنسا)

التقويم التجميلي للوجه (باريس-فرنسا)

ORDONNANCE

23/04/2019

Casablanca le:

Patient(e)

Madame FARISS ASMAA

Nom, Prenom :

220,00

1) CAMOMILLA BLU GEL SURGRAS VISAGE

Laver le visage 2 fois par jour, à rincer

20,00

2) CLENIDERM CREME / TUBE 30G

1 application par jour le soir pendant 1 semaine sur les taches de la paupière et du front, puis 1 soir sur 2 pendant 1 mois

495,00

3) SESDERMA K-VIT SERUM

1 goutte sur les 2 contours de l'oeil le soir pendant 1 soir sur 2 pendant 1 mois (à débuter dans une semaine)

4) MELAWHITE CREME

Appliquer matin et soir sur le visage pendant 3 mois

315,00

5) NOVEXPERT DOUCEUR HYDRO-BIOTIQUE CREME

Appliquer 3 fois par jour pendant 2 mois

314,00

6) HELIOCARE ECRAN MINERAL

Appliquer toutes les 2H lors de l'exposition solaire (bien agiter)



Dr. Nada Srifi
Dermatologue Vénéréologue
Imm. 1, Apt 124, Ain Chock
Casablanca 20190
Tél: 05 22 87 57 18 - Fax: 05 22 87 57 18

CABINET DE DERMATOLOGIE MEDICALE & ESTHETIQUE



Dr. NADA SRIFI

Dermatologue - vénéréologue

CHIRURGIE - ESTHETIQUE - LASERS

Ancien Médecin à l'hôpital universitaire suisse-rabat

Ancien Médecin des hôpitaux de Paris

Membre de la société européenne de dermatologie

et de vénéréologie

Diplômée en :

Dermatologie pédiatrique (Nice - France)

Lasers Dermatologie (Bordeaux - France)

Techniques d'injection et de comblement

Esthétique du Visage (Paris - France)

د. ندى اسريفي

طبيبة الأمراض الجلدية و التناسلية

جراحة الجلد - الليزر - التجميل

طبيبة سابقة بمستشفى السويدي بالرباط

طبيبة سابقة بمستشفيات باريس - فرنسا

عضوة بالأكاديمية الأوروبية لطب الجلد

حاصلة على دبلوم في :

الأمراض الجلدية للأطفال (نيس-فرنسا)

طب الليزر (بوردو-فرنسا)

التقويم التجميلي للوجه (باريس-فرنسا)

ORDONNANCE

30/05/2019

Casablanca le:

Patient(e)

Madame FARISS ASMAA

Nom, Prenom :

1) URELIA 50 CREME

Appliquer le soir sur le durillon du pied pendant 2 mois

2) HERBACIN CREME MAINS UNSCENTED

Appliquer sur les mains toutes les 2H

Dr NADA SRIFI
Dermatologue Vénéréologue
Bd Al Qods, Rés Les Rosiers
Imm 1, Appt 124, Ain Chock
Casablanca Tél / Fax: 0522 87 57 18