

## 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.

#### Pathologie 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.

#### Prothèse dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

#### 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
- Preise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 046849

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4724 Société : CAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : GUEJAH Abdelatif  
Date de naissance : 24/09/59  
Adresse :  
Tél. : 0649359595 Total des frais engagés : Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

د. لطفي السريحي  
إخصائي في الأمراض الجلدية والتناسلية  
شارع القدس - إقامة الوندود، عمارة 1  
شقة 124، عين الشق، الدار البيضاء  
الهاتف / الفاكس : 0522 87 57 18

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : LAAYAL NAJAT Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Dermatose  
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
21/05/2020			300.000	<p>د. نسيدي اسلم الخليلي إختصاصه في الأمراض الجلدية - الأمراض الجلدية - الأمراض الجلدية شارع القدس - إقامة - عين الشقاع - 124 تلفون: 0522 87 57 18</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

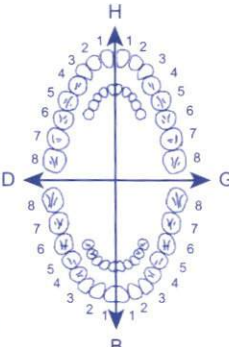
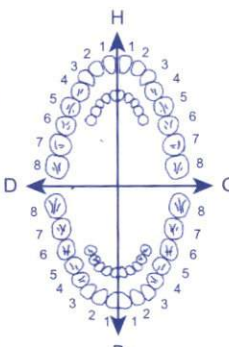
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

# CABINET DE DERMATOLOGIE MÉDICALE & ESTHÉTIQUE

**Dr. NADA SRIFI**

**Dermatologue - vénéréologue**  
**CHIRURGIE - ESTHÉTIQUE - LASERS**

Ancien Médecin à l'hôpital universitaire Suissi - 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 (Bordeau - France)  
Techniques d'injection et de comblement  
Esthétique du visage (Paris - France)

**د. ندى اسريفي**

**طبيبة الأمراض الجلدية والتناسلية**

**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 (بورجو - فرنسا)

التقويم التجميلي للوجه (باريس - فرنسا)

## ORDONNANCE

Casablanca le 21/05/2019

Patient (e)

Nom, Prénom :

Laayar Nagat

1) Rosakalm creme  
3x1r

2) Sensitellial. cream mineral texture  
1 applic

3) Melatriso AEM  
2 or/3

4) Parachw creme  
1 or/3

د. ندى اسريفي  
أخصائية في الأمراض الجلدية والتناسلية  
إقامة الورود - عمارة 1  
شارع القدس - زاوية شارع الداخلة  
عين الشق - الدار البيضاء (أمام مدرسة ماجوريل)  
نسخة 18  
الهاتف / fax : 0522 87 57 18