

TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

itions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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

Prise 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



& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

N° P19-

059777

Optique

367A

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 41650 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BECKHIR KARIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0511699035 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

X VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-059777

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

couvert

itions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

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

adie 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

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 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04650 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BELKHIR KARIMA

Date de naissance : 03 JAN 1953

Adresse : 422 ASSEF B MARRAKECH

Tél. : 06 11 69 90 35 Total des frais engagés : 619,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08 JAN 2020

Nom et prénom du malade : BELKHIR Karima Age : 65 ans

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 : Tanger Le : 13 AOUT 2020

Signature de l'adhérent(e) :

KBELKHIR

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-043588

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 04650

Nom de l'adhérent(e) : BELKHIR

Total des frais engagés : 619,90

Date de dépôt :

0 JUIN 2020

-15-

2 fruits

[Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>ARMACIE Dr. J. B. MARRAKCHI</i> N° 283 Marrakech <i>CH</i>	08.06.82	399,90

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	

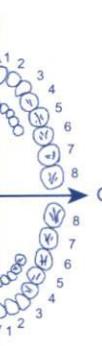
VOLET ADHERENT

8874

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



الدكتورة الشبلي هدى
Dr. CHABLI HOUDA

اختصاصية امراض الجلد

امراض الجلد والشعر والأظافر - جراحة الجلد والشعر والأظافر - طب التجميل - طب الجلد عند الاطفال الامراض التناولية - حساسية الجلد
خريجة كلية مونتولي (فرنسا) في الاعراض الجلدية للمرضى المصابين بالاضطرابات

Spécialiste en Dermatologie

Maladies de la peau, des cheveux et des ongles - Chirurgie dermatologique

Médecine Esthétique - Dermatologie pédiatrique - Maladies sexuellement transmissibles - Allergies cutanées
Diplômée en Manifestations dermatologiques des Maladies de système de la faculté de Médecine de Montpellier (France)

Le

Marrakech, le : 08/06/2020



belkhir karima

49,00 1 - MYCODERME 1% Poudre pour application locale à 1

%

1 fois/j (6mois)



205,00 2 - onyster creme

2 soirs / sem (6mois)

3 - onyxine 5 voie cutanee (vernis a ongles medicamenteux)

2 fois/ sem sur les ongles atteints (6mois)

4 - SUNSIMED tres haute protection

20 mins avant exposition solaire puis chaque 2h

23,90 5 - DIPROLENE POMMADE 0.05

1 application/j (10j)

1 jour/2 (10j)

شقة 7 بقامة رقم 5 (فوق مقهى Mes Rendez-Vous) تقاطع عبد الكريم الخطابي (أهام مرجان) شارع علال الفاسي مراكش
Appt 7, 2ème étage (au dessus du café Mes Rendez-Vous), angle Abdelkarim Khatabi en face de Marjane rte de Casa), Av Allal El Fassi, Marrakech
Tel : 05 24 30 69 39 - Email : houda.chabli@gmail.com

873 = 2 fois/ sem (10j) puis arrêt
6 - Dermofix crème



6 - Dermofix crème
2 fois/j (1mois)

7 - EPTA PSO 30

8 - SKINOSALIC lotion
1 application 1soir/2 le soir (1mois)
2 fois/ sem (1mois)

34,70

399,97

PIAGGIO CAMPIONE MONZA
Via Borsig 2 - 20132 MILANO
tel. 02 25222522 - fax 02 25222522
e-mail: piaggio@monza.piaggio.it

التنبلو بدي
دكتور مهاتم ابراهيم العزاوي
الطب العام والتخصصي
العنوان: ٢٧ زهراء العزاوي
العنوان: ٣٧ شارع العزيزية
العنوان: ١٠٣ شارع العزيزية
العنوان: ٦٣ شارع العزيزية
العنوان: ٦٣ شارع العزيزية
العنوان: ٦٣ شارع العزيزية
العنوان: ٦٣ شارع العزيزية

AKV 2015.

A standard linear barcode is positioned vertically on the right side of the page. It consists of vertical black bars of varying widths on a white background. To the right of the barcode, the number '6 118001 273041' is printed in a small, black, sans-serif font.

Chlorhydrat d'amorolfine
Flacon de 2,5 ml + 10 spatules

Oxyline® 5%

ପାତ୍ର ଏଟିମ୍ ଗୁଣାଳ

جَنَاحَاتِي

% G



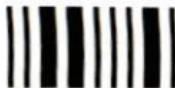
Lot N° / BN° : **26553F/3**

Fah / Mfg : 06 2019

06 2021

Fel / Exp : PPV: 205,00 Dhs

AMM: 404/17DMP/21NNP



30g

30g

LOT : 7500

UT. AV : 01 - 23

P.P.V : 34 DH 70

Skinosalic®

Skinosalic®

Lotion

Voie cutanée

Bétaméthasone (dipropionate)
et acide salicylique.

Ne pas avaler

Conserver à l'abri de la chaleur

Skinosalic lotion
Flacon de 30g



6 118000 091578

MYCODERME® 1%

Poudre dermatique
Nitrate d'éconazole

IBERMA

Usage externe

LOT : 08219023
PER : 10/2024
PPU : 49,00 DH

Flacon de 30 g