

# TIVER 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.

## rmacie :

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.

## 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.

## itaire :

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.

## ladie 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 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

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4650 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELKHIL KARIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0611699035 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) :

## 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 :



### 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.

### Biologie 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 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

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° P19-0043588

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00650

Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BELKHIR KARIMA

Date de naissance : 03 JUIN 1953

Adresse : 422 ASSIF B MARRAKECH

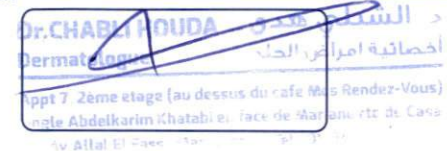
Tél. : 06 16 99 00 35

Total des frais engagés : 619,90

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08 JUIN 2020

Nom et prénom du malade : BELKHIR KARIMA

Age : 67 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Dermabon

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 : Marrakech

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : BELKHIR

### 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 : 00650

Nom de l'adhérent(e) : BELKHIR

Total des frais engagés : 619,90

Date de dépôt :



01 JUIN 2020

25/11

Dr. CHAZEL HOUJA

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

02.06.20

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé  
des Honoraires

VOLET ADHERENT

\* 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

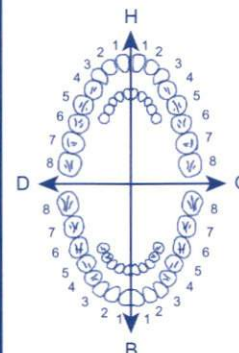
Coefficient

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

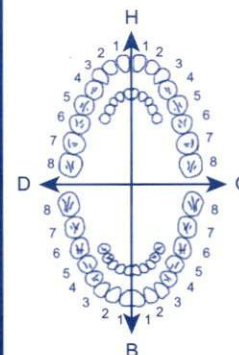
MONTANTS  
DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتورة الشبلي هدى

Dr. CHABLI HOUDA

الخطية امراض الجلد

امراض الجلد والشعر والأظافر - جراحة الجلد والشعر والأظافر - طب التجميل - طب الجلد عند الاطفال الامراض التناسلية - حساسية الجلد  
خريجة كلية مونيولي (فرنسا) في الاعراض الجلدية للامراض الباطنية

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 x 1 1 - MYCODERME 1% *POUDRE POUR APPLICATION LOCALE* à 1  
%  
1 fois/j (6mois)

2 - onyster creme  
2 soirs / sem (6mois)

2050 3 - onyxine 5 *voie cutanee (verniss 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 إقامة رقم 5 ( فوق مقهى Mes Rendez-Vous ) تقاطع عبد الكريم الخطابي ( امام 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

2 fois/ sem (10j) puis arrêt



6 - Dermofix crème  
2 fois/j (1mois)

7 - EPTA PSO 30

3 fois/ sem 30 mins puis rincer



8 - SKINOSALIC lotion

1 application 1soir/2 le soir (1mois)

2 fois/ sem (1mois)

34,70

399,90

PHARMACEUTIQUE BENJAMINA  
DR. H. BENJAMIN  
N° 2871  
Marrakech - 34000  
Tél : 34 25 92

CHABLI HOUDA  
ermatologue  
N° 2871  
Marrakech - 34000  
Tél : 34 25 92

MRV 2 mois

قارورة من قبله  
+ 2.5 مل  
10 ملاعق

6 118001 273041



Onyxine® 5%  
Chlorhydrate d'amorfinine  
Flacon de 2,5 ml + 10 spatules

طابق دواءه

الغسل

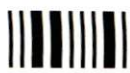
5%



أموهروكلو

أوتسك

Lot N° / BN° : 26553F/3  
Fab / Mfg : 06 2019  
Per / Exp : 06 2021  
PPV: 205,00 Dhs  
AMM: 404/17DMP/21NNP



30g

30g

LOT : 7500

UT. AV : 01 - 23

P.P.V : 34 DH 70

# Skinosalic<sup>®</sup>

## Lotion

Voie cutanée

Bétaméthasone (dipropionate)  
et acide salicylique.

# Skinosalic<sup>®</sup>

**Ne pas avaler**

Conserver à l'abri de la chaleur

Skinosalic Lotion  
Flacon de 30g



6 118000 091578



# MYCODERME<sup>®</sup> 1%

Poudre dermique  
Nitrate d'éconazole

LOT : 08219023

PER : 10/2024

PPV : 49,00 DH

Usage externe

Flacon de 30 g

