

# 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 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.

### 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Allal Ben Abdellah - 8ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



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

N° W19-566921

ND: 43857 M-H

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 95933 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ATTANE LINDA BOUMC

Date de naissance : 05/10/91

Adresse : i.attane@gmail.com

Tél. : 0663758233 Total des frais engagés : C

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/09/2018

Nom et prénom du malade : BAKADI SKRAB Age: 18

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Dermato

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 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 : 09/09/2018

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
09/09/10			250.00	INF: 091166089

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALKHAIR N°144 Lot 840 DEROUA Tel: 0522 532 514	09/09/10	33.96

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

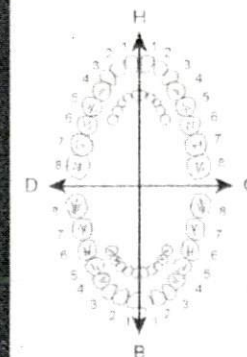
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

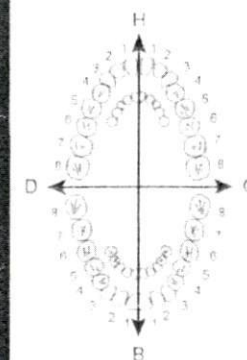
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
05533412	01433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXECUTION



# Docteur Narjiss BOUANANE

Dermatologue - Vénéréologue

Spécialiste des Maladies de la Peau, de l'Ongle et du Cuir chevelu, Maladies Sexuellement Transmissibles

Chirurgie de la Peau, Médecine Esthétique

Epilation - Laser

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca



et 24/09/2010  
الدكتورة نرجس بوعنان

طبيبة الجلد والأمراض التناسلية

إختصاصية في أمراض الجلد، الشعر والأظافر

الأمراض التناسلية - جراحة الجلد

طب التجميل و الليزر

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

Casa, le 09/09/2010 في الدار البيضاء,

BATHADI PKRAD

9830

1) Dermo fix avec,

1 appli par le matin

(152,30) ML

2) Circulforte 300ml Nodale.

1 appli x 3x

39,042 Locostop (n° 2)

3) Diprotege 200ml Nodale

1 appli par le soir x 7j

270, الطابق الأول - إقامة الأزهار (عثمان) شارع التضامن حي الأزهار - سيدي البرنوصي - الدار البيضاء الهاتف: 05 22 73 75 00

270, 1er Etage - Résidence Al Azhar «Othmane» - Bd. Attadamone - Hay Al Azhar - Sidi Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05 22 73 75 00 - Email: narjiss29677@yahoo.fr

4001 app 1 soir / 2 x 70,

3) Dermoval gel

1 app / 5 x 70

1 app / 10 / 2 x 70

87.30

LOT: 200000  
PER: 04/2023  
PER: 07/2023

**Dermofix® crème**  
Sertaconazole

PROMOPHARM s.a.

6 118000 240259

LOCATOP 0,1%  
CREME 130G

P.P.V: 30DH00

LOT: 20E011  
PER: 01/2023

6 118000 012061

339.6

LOCATOP 0,1%  
CREME 130G

P.P.V: 30DH00

LOT: 20E016  
PER: 05/2023

6 118000 012061

Id: 645094

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat

PPV: 40,00 DH

6 118000 161301