

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 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

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 - 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



Déclaration de Maladie

N° W21-768860

155.089

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 12318 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : DERKAOU, ABDELLAHIM

Date de naissance : 28 - 07 - 1985

Adresse : DES. NEXT HOUSE VILLA 52

DAR BOU AZZA - CASA

Tél. : 0660195364 Total des frais engagés : 272,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin
طبيب إختصاصية في أمراض الجلد وطب التجميل والليزر

Cachet du médecin : Dr. Ramid Hind
Dermatologue, Médecin Esthétique & Laseriste
Bd El Qods, Résidence Les Princes Imm B,
2ème Etage N°6 - Casa - Tél: 0520 43 33 34

Date de consultation : 27 FEV 2023

Nom et prénom du malade : DERKAOU, ABDELLAHIM Age:

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

Nature de la maladie : Dermatologue, Médecin Esthétique & Laseriste
Bd El Qods, Résidence Les Princes Imm B,
2ème Etage N°6 - Casa - Tél: 0520 43 33 34

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 : 28 / 02 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHERENT

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
27/02/2023		250	250	Dr. Ramid Hind

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie DANDAMI	27/02	22,70

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	

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	INP : <input type="text"/>																					
				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 <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td>B</td> </tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		H																							
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B		B																							
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ramid Hind

Dermatologue

Médecin Esthétique & Laseriste

• Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca

• Diplômée en Médecine Esthétique et Laser

de l'Université de Versailles Paris - France

• Ancienne interne à l'hôpital Saint Louis à Paris - France

JR

الدكتورة الرميد هند

طبيبة متخصصة في أمراض الجلد

وطب التجميل والليزر

• خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

• حاصلة على دبلوم في طب التجميل والليزر من جامعة فرساي بفرنسا

• طبيبة داخلية سابقا بمستشفى سان لويس بباريس - فرنسا

في : Le :

27 Fevr 2023

M^e Derkani Abderrahim

22/2

1) Buy cutène

2 app/2/2023
PHARMACIE SUIMASSA
14-08-2023 15:37:36

5/5

app/2/2023

2) Tanorel

2 app/2/2023 → app/mk/2023

شارع القدس إقامة الأمراء، مدخل "ب" الطابق الثاني، الشقة رقم 6- الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 21 36 37 - البريد الإلكتروني : dr.ramidhind@gmail.com

Bd El Qods, Résidence les Princes, Imm B, 2 ème Etage N°6 - Casablanca

Tél.: 05 22 21 36 37 - E-mail : dr.ramidhind@gmail.com

35 x 25 x 130
15

Composition : 1g de crème contient: Acétate de dexaméthasone 0,443 mg
(corresp. à 0,4 mg de dexaméthasone), clotrimazole 10 mg.

A conserver à une température inférieure à 25 °C.
Lire la notice avant utilisation.

التركيب : 1 غ من الكريم يحتوي : أسيتات من ديكساميثازون 0,443 مغ
مطابق ل 0,4 مغ من ديكساميثازون، كلونيمازول 10 مغ.
يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.

اقرأ النشرة قبل الإستعمال

AMM N° 121/21/NRQd/DMP/VHA/18

Baycutène® N 15 g
Crème



بايكوتين[®] N

إستعمال خارجي

15 غ من الكريم

Fabricant :

Laboratoires Pfizer S.A.
Km 0.500, Route de Oualidia
B.P 35 - 24000 El Jadida - Maroc

Titulaire d'AMM :

Bayer S.A.
Bd Sidi Mohamed ben Abdellah
Casablanca marina, Tour d'Ivoire 1, Etage 3,
Casablanca 20030 - Maroc

Uniquement sur ordonnance



احترسوا الجرعات المعينة
Respecter les doses prescrites

Baycutène® N



Baycutène® N

15 g de crème

Bayer

Usage externe

LOT :
PER :
PPV :