

## 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
- 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-768860

155089

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>12318</b>		Société : <b>Royal Air Maroc</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>DERKAOUI, ABDERRAHIM</b>			
Date de naissance : <b>28 - 07 - 1985</b>			
Adresse : <b>2ES. NEXT HOUSE VILLA 52</b>			
Tél. : <b>0660195964</b>		Total des frais engagés : <b>222,70</b> Dhs	

الدكتورة الرميد Hind طبيبة انتظامية في امراض الجلد وطب التجميل والليزر 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

Cadre réservé au Médecin	
Date de consultation : <b>7 FEV 2023</b>	
Nom et prénom du malade : <b>Dr. Ramid Hind</b>	
Lien de parenté : <b>Lui-même</b>	
Nature de la maladie : <b>Dermatologue Médecin Esthétique &amp; Laseriste</b>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>29 MAR 2023</b>	
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** Signature de l'adhérent(e) : **28/02/23**



RELEVE 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
7/1/2023	FEV 2023	63	250,00	<p>Dr. Ramid Hind          Dentiste Esthétique, Médecin Esthétique &amp; Laseriste          Id El Gadi, Résidence les Princes Imm B          2ème Etage N°60 - Casa - Tél: 0520 43 33 34</p> 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
5 20 37 38 11	27 02 92	22.70

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

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																	
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins																	
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (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"/>													
				<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 													
				<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	21433552	00000000	00000000	D	00000000	35533411	11433553	B	
				H	21433552												
				00000000	00000000												
				D	00000000												
35533411	11433553																
B																	
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

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 الرميـد هـند

طبيـة متخصـصة في أمـراض الجـلد

وطـب التـجمـيل والـليـزر

• خريـجة كلـيـة الطـب بالـدار البيـضاـء

• حاـصـلـة على دـيـبلـوم في طـب التـجمـيل والـليـزر من جـامـعـة فـرـسـاي فـرـنـسـا

• طـبـيـة دـاخـلـية سـابـقـا بـمـسـتـشـفـي سـان لـوـيـس بـيـارـس فـرـنـسـا

Le : ..... في :

27 Fevr 2023

M<sup>2</sup> DerKami Abderahim

227

1) Bug a tene

1 app 15% 2 app 25% 3 app 35% 4 app 45% 5 app 55% 6 app 65% 7 app 75% 8 app 85% 9 app 95% 10 app 100%

SI

1 app (25%)

2) Tanner

Assort 12 (15) → 1 app (55%)

Signature

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

التركيب: 1g من الكريم يحتوي: أسيتات من بيكساميتيرون 0.443 mg مع  
امبول 0.4 مغ من بيكساميتيرون، كلوبوتازول 10 مغ  
يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.  
قبل الشفارة قبل الاستعمال.

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.

35 x 25 x 15

Baycutène® N 15 g  
Crème



6 118 000 170075

# بايكوتين ن

استعمال خارجي

15 g من الكريم



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

PPV :  
PER :  
LOT :



Baycutène® N

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

احترموا اجراءات المفعات

Respecter les doses prescrites

# Baycutène® N

15 g de crème

Bayer

Usage externe