

# 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.



# Déclaration de Maladie

M22- 0027587

ANNA

## Maladie

## Dentaire

## Optique

## Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6846

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ANAM ABDELHADI

Date de naissance : 04/04/65

Adresse : AEROPORT IBBN BATOUTA TANGER

Tél. : 06.66.82.74.09 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/02/23

Nom et prénom du malade : ANAM LINA

Age: 16 ans

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dermatose héréditaire

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

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 : 27/02/23

Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@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.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 13, Bd MÉDICALISATION 92140 Clamart	27/01/2023	370,80

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

<u>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</u>	<u>Date</u>	<u>Désignation des Coefficients</u>	<u>Montant des Honoraires</u>

## AUXILIAIRES MEDICALS

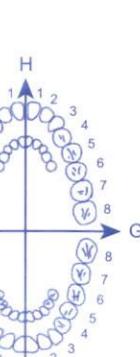
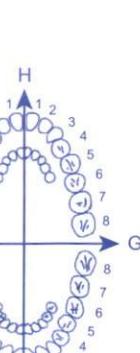
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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'EXECUTION

# Docteur Zoubida ALIOUA ép. Sandi

Ex. Médecin Capitaine Dermatologue  
à l'Hôpital Militaire de Rabat  
DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE  
(Femmes - Hommes - Enfant)  
Spécialiste des Maladies de la Peau, des Cheveux, des Ongles  
Spécialiste des Infections Sexuellement Transmissibles  
Chirurgie Dermatologique - Médecine Esthétique  
Traitement par LASER



# الدكتورة زبيدة عليوة زوجة الصندي

طبيبة اختصاصية سابقاً بالمستشفى العسكري بالرباط  
نساء - رجال - أطفال  
اختصاصية في أمراض الجلد والشعر والأظافر  
اختصاصية في الأمراض المتنقلة جنسياً والحساسية  
جراحة الجلد - طب التجميل  
العلاج بالليزر

27/02/2023

Docteur Zoubida Alioua ép. Sandi

Ex. Médecin Capitaine Dermatologue  
à l'Hôpital Militaire de Rabat  
DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE  
(Femmes - Hommes - Enfant)  
Spécialiste des Maladies de la Peau, des Cheveux, des Ongles  
1 - KETODERM SACHETS

Chirurgie 2 sachets par semaine laisser agir 10 mn et rincer pendant 1 mois PUIS 1 sachet par semaine  
laisser agir 10 mn et rincer pendant 2 mois

40,00

## 2 - DERMOVAL GEL

1 FOIS PAR JOUR PDT 07 JOURS CUIR CHEVELU

## 3 - Eptapso CREME 30

1 X / 2 FOIS / SEMAINE CUIR CHEVELU

87,00

## 4 - RELAXIUM 300 MG GELULE

Chaque Jour(s), 1 GELULE le soir, après le repas, pendant 1 Mois

37,80

## 5 - EFFICORT CREME LIPOPHILE

1 FOIS PAR JOUR PDT 3 JOURS sur le visage squames

37,60

## ROSALIC POMMADE

1 FOIS PAR JOUR PDT 8 JOURS au niveau des oreilles



LOT : 781  
PER : OCT 2025  
PPV : 37 DH 60

T: 370,80+

8، زنقة عمان، شارع علال بن عبد الله، درج س الطابق الثالث الرباط - (أمام فندق الملكي)

8. Rue Amman, Av. ALLAI. Ben Abdellah, Escalier C, 3ème étage - RABAT (Face à l'hôtel Royal)

الهاتف : 05 37 70 35 42 - التلفا : 06 55 39 29 29 - البريد الإلكتروني : zoubida.alioua@gmail.com - Gsm : 0537703542 - GSM : 055392929

ICE : 00163449800062 - INP : 101101632

Maphar  
Bd Alkimiia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Ketoderm 2% gel b8 sachet  
P.P.V : 84,20 DH

6 118001 181490

Maphar  
Bd Alkimiia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Ketoderm 2% gel b8 sachet  
P.P.V : 84,20 DH

6 118001 181490

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 40,00 DH  
ID: 680998  
6 118000 161301

EFFICORT® Lipophile 0,127 %, crème  
Tube de 30 g  
AMM N°: 10 DMP/21/NCI

6 118000 02043

LOT : 0109  
EXP : AVR 2025  
PPV : 37,80 DH

LOT : 220597  
DLUD : 07/2025  
87,00 DH

Difficultés d'endormissement et de  
équilibrante du magnésium  
6 111269 050072