

## 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° W19-447416

178665



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 6199		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	KHELLADI MZHAMED EL KITABIN
Nom & Prénom : KHELLADI MZHAMED EL KITABIN		Date de naissance : 14 03 1941	
Adresse : 14 Rue Oued Baht Apt 5 - Agdal RABAT		Tél. : 06 77 91 71 76 Total des frais engagés : 1000 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Dr. Naiha EL GHELBAZOURI Spécialiste en Dermatologie Vénérologie Laser 6, rue Oued Baht, Apt N°6, Agdal RABAT Tél. 05 37 77 77 09			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 17/07/2023			
Nom et prénom du malade : KHELLADI MZHAMED EL KITABIN Age : 78			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Examen			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Examen			
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 : Casablanca, 26 Août 2023  
Le : 26/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :



#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MODERNE R.L. B. R. 1000 Rapide et Assez Unique 1000 Rés. Kas 37 77 69 82 IN E: 102043494	17/7/23	522,50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ME MODERNE SOCIE UNIQUE MODERNE Ajaouya, Rés KONIQUE El-Rabat, Rés Kois 59 62 10 07 74 88 33 54 00 70			

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'OSF.

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"/>													
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
			<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G		00000000	B		35533411 11433553
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	G		00000000														
B		35533411 11433553															
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. NAJLAA EL GHELBAZOURI  
Spécialiste en Dermatologie

- Diplômée des universités de Rabat et de Paris
- Ancien médecin au CHU avicenne de Rabat
- Ancien médecin à l'hôpital Necker de Paris
- Diplômés universitaires des lasers dermatologiques et techniques de comblement (Paris)
- Diplômé universitaire en dermatologie pédiatrique (Nice)



## دنجلاء الغلبزوري

اختصاصية في طب الجلد

- خريجة كليات الطب بالرباط و باريس

- طبيبة ساقية بالمستشفى الجامعي ابن سينا

- طبيبة ساقية بالمستشفى Necker بباريس

- دبلوم جامعي في الليزر وطب التجميل (فرنسا)

- دبلوم جامعي في طب جلد الأطفال (فرنسا)

### Ordonnance

Rabat, le :

17/07/2023

الرباط في:

MOHAMED EL Khadid  
KHELLADIT

1f dipikar 5 syndet. 139,-  
pour billete des mains  
à rincer.

2f Diprosone crème. 32,50

1 application /par pot logans

puis 1 application 1/par 1/2 pot logans

puis 1 application 1/par 3. pot logans.

à boire

Adresse : 6, Rue Oued Baht Appt n°6 (1er étage) Agdal - Rabat

Tél.: +212 5 37 77 77 09 - Gsm: +212 6 11 53 45 63

E-mail: doc.ghelbazioui@gmail.com

[www.dermatologue-rabat-najlaa.com](http://www.dermatologue-rabat-najlaa.com)

3f Dergane Med.

24%<sup>0</sup>

1 app + 2 tour

medium  
SIR.

4f

Topiolyse Bonnehe. 82<sup>0</sup>

à appliquer 10 minutes  
avant.

+5f Onifine crème

58<sup>0</sup>

1 app /tour

584<sup>0</sup>

DR Elghoul bazar

PHARMACIE MODERNE  
S.A.R.L D'ASSOCIE UNIQUE  
Place Babou d'Ajaouya, Rés. Kair  
Sidi - Rabat  
Tél: 05 32 77 89 82 / 0

ONIFINE 1% Crème  
Tube de 30g



Nom : mohamed elkhadir  
 Adresse :

Facture N° : 20230717-106  
 Date : 17/07/2023

Date	Désignation	Qté	Prix U	Total
17/07/23	DUCRAY DEXYANE MED CREME	1	211.00	211.00
17/07/23	SVR TOPIALYSE CREME BARRIERE 50ML	1	82.00	82.00
17/07/23	DIPROSONE CREMEGM	1	32.50	32.50
17/07/23	LIPIKAR SYNDET AP+ 200 ML LRP	1	139.00	139.00

PHARMACIE MODERNE  
 S.A.R.L. D'ASSOCIE UNIQUE  
 Place Rabia Al Adouya Rabat  
 Agdal - Rabat  
 Tél: 05 37 77 89 82 / 06  
 24309970

PHARMACIE MODERNE  
 S.A.R.L. D'ASSOCIE UNIQUE  
 Place Rabia Al Adouya Rabat  
 Agdal - Rabat  
 Tél: 05 37 77 89 82 / 06  
 24309970

Arrêter la présente facture à la somme de :  
 quatre cent soixante-quatre dirhams cinquante centimes

Total TTC : 464.50 Dhs