

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-764261

181886

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricole : 13004

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : NEKKAOUI TOUAD

Date de naissance : 14/12/1988

Adresse : 136 Elaa Sallam 10eme 2 El Ma Nedi

Tél. :

Total des frais engagés :

12510

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/10/23

Nom et prénom du malade : Jouras Melkhaoui Age:

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 : RAM

Le : 06/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :



#### **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
06/05/2014	06/05/2014	06/05/2014	06/05/2014	INP : 091257659

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DU TA M. TA UE DES FA T 24 16 1</i>	06/09/23	125,10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		MONTANTS DES SOINS [ ]
	D 00000000	B 35533411		DATE DU DEVIS [ ]
				DATE DE L'EXECUTION [ ]
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession			

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr SAMI Ghita

Dermatologue - Vénérologue

Maladies et chirurgie de la peau

Pathologies des cheveux et ongles

Dermatologie - Allergologie

Dermatologie Pédiatrique

Lasers médicaux

Dermatologie Esthétique

**PHARMACIE ORTHOPÉDIE  
DU MAGHREB  
M. TAZI YOUNES  
VENUE DES FAROUK 11  
10000 CASABLANCA  
TÉL: 092040880**

6 118001 181496

P.D.V. : 84.20 DH  
Ketoderm 2% gel 50g Sachet  
Sidi Bemoussé, Casablanca  
Bd. Lili M's N° 6, QAI.  
Maphar

84.20

Ketoderm

Sachet

✓ S.V.

40.90

12.51

Sachet

✓ S.V.

✓ S.V.

Innophen

1 phase

Deprotene

Zadryl

✓ S.V.

**PHARMACIE  
DU MAGHREB  
M. TAZI YOUNES  
VENUE DES FAROUK 11  
10000 CASABLANCA  
TÉL: 092040880**

شارع إيميل زولا الطابق 4 الرقم 7 بلفدير - الدار البيضاء  
241, Bd. Emile Zola 4<sup>eme</sup> étage Appt 7, Belvédère - Casablanca

05 22 40 06 47 06 31 59 63 86 dr.samighita@gmail.com



ORDONNANCE

د. السامي غيتة

أخصائية في الأمراض الجلدية والتناسلية

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90 EXP 06/2025

T 10058 43

ZINASKIN® 45 mg

20 comprimés effervescents



6 118000 032090

Casablanca, le

06/07/23

Mekhzeni

Jaud

SARFI GHITA