

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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° W19-565586

48063

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

96.19

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

GRINE

Abdeslam

Date de naissance :

08/03/1962

Adresse :

Tél. :

065192088

Total des frais engagés :

412,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Jihane EL CADI  
Dermatologue - Vénérologue  
34, Av. Mly Abderrahmane  
Résidence "El Nour" N° 3  
KENITRA Tél : 0537.32.54.97

Date de consultation :

14/11/2020

Nom et prénom du malade :

GRINE SALMA

Age :

Lien de parenté :

Affection

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'adhérent conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration.  
J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

20 NOV 2020

ACOUEIL

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
14/11/18	CS		850,00 DH	INP : 0511699885  Dr. Jihane EL CADY Dermatologue - Vénérologue 34. Av. Mly Abderrahmane Résidence "El Mour" N° 3 KENITRA - Tel: 05.27.32.54.92

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/11/18	162,-

INPE : 05 20 18 058

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession

# Docteur Jihane EL CADI

Spécialiste des maladies et chirurgie  
de la peau, cheveux et ongles.  
Maladies sexuellement transmissibles.  
Allergologie - Cosmétologie



# الدكتورة جهان القصي

اختصاصية في أمراض و جراحة الجلد.  
الشعر والأظافر.  
الأمراض التناسلية.  
حساسية الجلد - التجميل.

Kénitra le, ١٤/١٢/٢٠٢٣

القنيطرة، في

Mme GRINE Salwa

132<sup>o</sup>

Maxidav

١٥

١ سخيف après repas, o sleep

30<sup>o</sup>

Crayon de Nitrate d'argent

١x١ sur la lesion, o sleep

٧٦٢<sup>o</sup>

Dr BEN MEHDI Sidi FOUAD  
Pharmacien Centre Mme KENITRA  
Tél: 0537 32 54 92

Dr. Jihane EL CADI  
Dermatologue - Vénérologue  
34, Av. Mly Abderrahmane  
Résidence "El Nour" N° 3  
KENITRA - Tel.: 05.37.32 54 92

sachets

16

voie orale  
Adulte

1g / 125mg

amoxicilline + acide clavulanique

MAXICLA<sup>V</sup>®

ماكسيكلاف®

اموكسيسلين + حمض الكلافيلانيك

1 غرام / 125 مل

للبار

عن طريق الفم



16

كيس  
مسحوق قابل  
لتحلل

Steripharma  
L'ARTISAT DES SACHETS

PPV: 132DH00  
PER: 01-22  
LOT: J008