

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 canaux, 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 canaux.

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

N° W21-717736

119648

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM

Matricule : 13338 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : FAIK Farah

Nom & Prénom : FAIK Farah

Date de naissance : 15/11/1996

Adresse : Hayalla Meriem bloc C n° 245 Benslimane

Tél : 06 64 03 09 66 Total des frais engagés : 700 dh

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin : Dr. OUDRHIRI Lamine

Cachet du médecin : Dermatologue-vénérologue
46, Bd. Afghanistan Gr 2 20000
Hay Hassani Casa Tél 05 22 22 22

Date de consultation : 10/06/2022

Nom et prénom du malade : Melle FAIK FARAH Age : 26

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : DERMATOSE

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Casa Le 20/06/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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.

MUPRAS : Centre Alfi Ben Abdellah - Casablanca - Maroc

RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 10.06.22 | Microchirurgie | A cne | 7000 | INP 0921166975 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

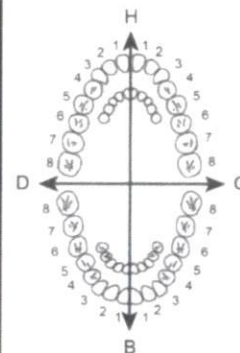
AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

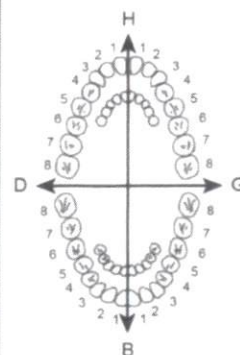
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| G | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXE

Docteur Lamia Oudrhiri

Dermatologue - Vénérologue

Dermatologie Générale Adulte et Enfant

Maladies Sexuellement Transmissibles

Dermato - Allergologie

Dermatologie Esthétique - Lasers

DIU Européen des Lasers Médicaux Paris VI

DIU de Dermatologie Esthétique Versailles Saint Quentin

DIU de Dermatologie Chirurgicale Versailles Saint Quentin

DIU des Techniques d'Injections (Botox, Comblement) Nice

DIU de Dermatologie Pédiatrique Nice



الدكتورة لمياء ودغيري

أخصائية الأمراض الجلدية و التناسلية

أمراض و جراحة الجلد و الشعر و الأظافر

الأمراض المنقولة جنسيا - حساسية الجلد

الطب التجميلي (تقشير - بوطكس - فيلرز)

العلاج بالليزر (إزالة الشعر و الوشم و الندوب)

الدبلوم الجامعي في العلاج بالليزر من جامعة باريس

الدبلوم الجامعي في طب التجميل من جامعة فرساي سان كونتان

الدبلوم الجامعي في جراحة الجلد من جامعة فرساي سان كونتان

الدبلوم الجامعي في الحقن التجميلي للبوطكس و الفيلرز من جامعة نيس

الدبلوم الجامعي في أمراض الجلد عند الأطفال من جامعة نيس

Casablanca, le

10/06/2022

Mademoiselle FAIK FARAH

1) CLENIDERM CREME

1 fois par jour le soir sur les lésions du visage pendant 04 jours

2) CICAPLAST BAUME B5 40 ML

une application le matin sur les lésions du visage 15 jours

3) ECRAN SOLAIRE SPF 50

toutes les 02 heures

Dr. OUDRHIRI Lamia
Dermatologue - Vénérologue
46, Bd Afghanistan, groupe 2, 2ème étage
Hay Hassani - Casablanca
Tél. 05 22 90 01 01

10.06.22

NOTE D'HONORAIRES

Nom : Melle FAIK

Prénom : FARAH

Actes : Microchirurgie

Acné

Montant : 700,00 dh

Soit : Sept cents dinars

Nature :

☒ ESPECES

☐ CHEQUE

☐ VIREMENT