

## 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.

**MUPRAS** :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tel: 05 22 20 45 45 (LG) - Fax: 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-762478

132100

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Matricule: 9817      Société: R.A.M.

Actif       Pensionné(e)       Autre

Nom & Prénom: NADYF | Mustapha

Date de naissance:

Adresse:

Tél.: 0663 47 64 48 Total des plis chargés: 494

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:



Date de consultation:

Nom et prénom du malade:

Lien de parenté:  Lui-même       Consanguin

Nature de la maladie:

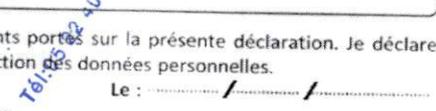
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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.

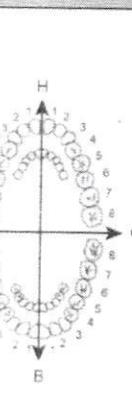
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à: Tel: 05 22 20 45 45

Signature de l'adhérent(e): Le: 05 OCT. 2022



AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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 PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	35533411	G	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	35533411														
G	11433553															
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
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



## د. السامي غيتة

أخصائية في الأمراض الجلدية والتتناسلية

أمراض وجراحة الجلد

أمراض الشعر والأظافر

حساسية الجلد

الأمراض الجلدية عند الأطفال

العلاج بالليزر الطبي

طب التجميل

## ORDONNANCE

Casablanca, le .....  
٢٤/٠٩/٢٢

PPV : 138,30 DH  
 LOT : 649724  
 PER : 03/24

138.30

11

Fucidine® 2%  
 pommade Tube de 15 g

39,20

39,20

Mme Jourmane  
 Nadif

Augment.

prise

500mg

x 3/5 apr

Fucidine

pommade

1 App x 2/j Paix

SAMI Ghita  
 Dermatologue-Vénérologue  
 Dr. Emile Zola Apt. N°7, 4<sup>me</sup> Elage  
 Casablanca  
 Tel: 05 22 40 06 47 / 06 31 59 63 86



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

05 22 40 06 47

06 31 59 63 86

dr.samighita@gmail.com

3/ Septic Spray  
Irels & C 5  
46.40



LOT : 9020722  
PER : 07/2025  
PPC : 46,40DH

2244

Dr. SAMI Ghita  
Dermatologue-Vénérologue  
241, Bd Emile Zola, Apt. N°7, 4ème Etage  
Casablanca  
Télé: 05 22 40 66 31 59 63 86

Dr. SAMI Ghita  
Dermatologue-Vénérologue  
241, Bd Emile Zola, Apt. N°7, 4ème Etage  
Casablanca  
Télé: 05 22 40 06 47/86 31 59 63 86

Dr. SAMI Ghita  
Dermatologue-Vénérologue  
241, Bd Emile Zola, Apt. N°7, 4ème Etage  
Casablanca  
Télé: 05 22 40 06 47/86 31 59 63 86

Cicoplant

I App & C  
du P.  
du P.