

## 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.

N° W21-763500

132101

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 09812  
Matricule : 09812 Société : R A M

Actif  Pensionné(e)  Autre : NADYE / MuStapha.

Nom & Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663476448 Total des frais engagés : 479 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 05/07/2013 Date de consultation : 05/07/2013

Nom & prénom du malade : DR. SAMI Ghitane

Lien de parenté : Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Demande de remboursement

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

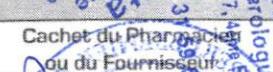
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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.

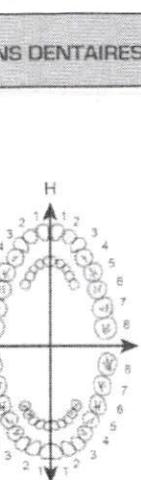
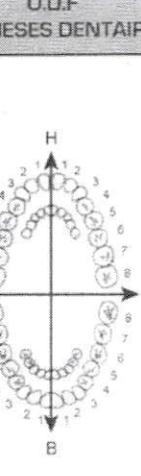
Fait à : Le : 05/07/2013

Signature de l'adhérent(e) :

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/03/89	128.5

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																				
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'ODF																				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	Dents Traitées  Nature des Soins  Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX																		
		MONTANTS DES SOINS																		
		DEBUT D'EXECUTION																		
		FIN D'EXECUTION																		
		<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 																		
		<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433562</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>					H	G	25533412	21433562	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B
		H	G																	
		25533412	21433562																	
		00000000	00000000																	
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B	B																			
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, 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



د. السامي خيّتة

أخصائية في الأمراض الجلدية والتناسلية

أمراض وجراحة الجلد

## أمراض الشعر والأظافر

## حساسية الجلد

الامراض الجلدية عند الاطفال

## العلاج بالليزر الطبي

طب التجميل

## ORDONNANCE

Casablanca, le 23/09/22

**Dr. SAMI Ghila**  
Dermatolog și venerarolog  
241, Bd. Emile Zola, 43112 Craiova  
Cetățuia, Apă N°7, 4ème Etage  
Tel: 05 22 40 06 41/66 31 59 63 86

402  
01/09/11  
01/09/12  
gue  
El aouda  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Region de Rabat  
PPV: 40,00 DH  
118000161301  
01/09/11  
6

Mr. L.

1

2 Apr

Gal

Relationships

John  
Wilson

A circular blue ink stamp containing the letters 'MS' in a stylized font. Below the stamp, a handwritten signature is visible.

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

241, Bd. Emile Zola 4<sup>ème</sup> étage Appt 7, Belvédère - Casablanca  
+212 52 42 51 17 | +212 52 52 51 17 | +212 52 52 51 17

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

3/ Myatria Solution

AS

43,5

43,50

228,5

1 App / Je dir de l'angle  
l'angle  
Chapue Team  
Dernier J de Semaine Nette  
Pme

tel: 05 22 40 64 41 / 06 31 59 63 66  
22, au 1er étage, 31 rue de la République  
93170 Montreuil  
Droguerie et parapharmacie  
PHARMACIE  
FAMILIALE

Contrôle l'angle

