

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-781600

| | | | |
|--|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 12568 | Société : | A61948 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : ES SARTI HOUSSAM | | | |
| Date de naissance : 27-04-87 | | | |
| Adresse : RIAD AL ANDALOUSSE MARRELLA 3 1MM59 | | | |
| APPT 20 RABAT HAY RIAD | | | |
| Tél. : 0678490701 | Total des frais engagés : _____ Dhs | | |

| | | | |
|---|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019 | Cadre réservé au Médecin | | |
| | D. El Habach Ahmed Dermatologue - Vénérologue Tel : 05 30 49 16 49 Av Hassan 2 Rés Ilham 3 Imm A Etage 2 Appt 7 (Temara Mall) INPE : 101275022 | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : | 10/05/2023 | | |
| Nom et prénom du malade : | | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | Psoriasis séborrhéique | | |
| 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 : **Temara** Le : **21 MAI 2023**
Signature de l'adhérent(e) : **ACCUEIL**

| 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 |
| 09/05/23 CS | | 1 | 300 DH | INP : 101275022 Dr. El Habach Ahmed Dermatologue - Vénérologue 05 30 49 16 49 Av Hassan 2 Rés Ilham 3 Imm A Etage 2 Appt 7 (Témara Mall) INPE : 101275022 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <i>Pharmacie Mosaâb N°5, Seïdi Al Ali Tel: 05 37 71 59 85</i> | 09/05/23 | 84,20 |

| 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 de l'ODF. | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : _____ |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | |
| H | 25533412 00000000 35533411 | 21433552 00000000 11433553 | G | |
| D | 00000000 | 00000000 | B | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | |
| 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 | | | | |

Dr. EL Habach Ahmed

Spécialiste en dermatologie - venerologie
Maladies du cuir chevelu et des ongles



د. الحبشي أَحمد

أخصائي الأمراض الجلدية والتناسالية
أمراض الشعر والأظافر

Ordonnance

AC ES - Sotte Houssam

Temara Le : 05/05/2013

زغبة

1) Ketoderm gel 2%

- ١ بottle x 2 l caine

- لاحتواء على ماء حار مع نهر

N°5
Hassan 2
Résidence
Sekou 17
Allée Sékou
Sékou 17
Rabat
Tél. : 05 37 71 50 85

Dr. El Habach Ahmed
Dermatologue - Vénérologue
Tel : 05 30 49 16 49
Av Hassan 2 Rés II (Imm 3 Imm A)
Etage 2 Appt 2 (Temara Mall)
INPE : 101275022

06 65 35 11 45

05 30 49 16 49

dr.elhabach.dermato@gmail.com

Av. Hassan II

شارع الحسن 2، إقامة إيلام 3، عمارة أ، الطابق 2، شقة 7، تمارة (تمارة مول)
Res. Ilham 3, Imm A, Etage N° 2, Appt. 7, Temara (Temara mall)

Kétoderm® 2% gel en sachet
gel moussant
kétoconazole

maphar

Bd Alkimia N° 6, Ql, Sidi Bernoussi,
Casablanca - Maroc



KETODERM 2% GEL SAC B8

P.P.V. : 84DH20

6

118001 181490

