

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.

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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-804673

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13004 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : NEKKAOUI JAWAD

Date de naissance : 14/02/1988

Adresse : 1316 Eram Samir Hassan 2 H.A. N° 169306

Tél. : 06 6120 1710 Total des frais engagés : 1159,1 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/06/2023

Nom et prénom du malade : Samir Hassan 2 Age :

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

Nature de la maladie : Demence

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 : Casablanca Le : 06/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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
23/06/23			259	INP 090237659

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

06/06/2023

909,10

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

AM

PC

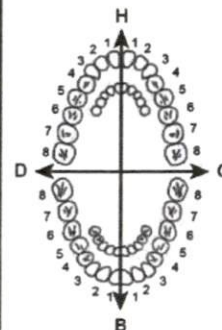
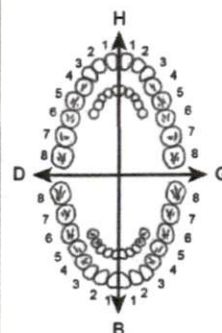
IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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


O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES


DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

(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'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 غيثة

أخصائية في الأمراض الجلدية والتناسلية

أمراض وجراحة الجلد
أمراض الشعر والأظافر
حساسية الجلد
الأمراض الجلدية عند الأطفال
العلاج بالليزر الطبي
طب التجميل



ORDONNANCE

Casablanca, le 06/06/23

PHARMACIE ORTHOPEDIE
DU MAGHREB
M. TAZI YOUNES
AVENUE DES F.A.R. MOHAMMEDIA
05 23 32 24 16 / INPE : 092040880

DISTRIBUE PAR
LES LABORATOIRES SOTHEMA
PPV : 220.00 DH

300,00

1/ Dcp Serum Anti SP

264,00

2/ Oregia lotion Anti SP

220,00

3/ Oshex Shampooing Anti SP

241, شارع إيميل زولا، الطابق 7 بلفدير - الدار البيضاء

241, Bd. Emile Zola 4^{ème} étage Appt 7, Belvédère - Casablanca

05 22 40 06 47

06 31 59 63 86

dr.samighita@gmail.com

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90

EXP 06/2025
LOT 10058 51

laisser 2-3 min

40,90

h/ 2 mmolkin 45 mg

1 prise / J après Repas
avant.

84,20

5/ Metadon Sachet
1 sachet x 2 / S laisser

10 min Rince.

T: 909,10

PHARMACIE ORTHOPEDIE
DU MAGHREB
M. TAZI YOUNES
AVENUE DES F.A.R. MOHAMMEDIA
05 23 32 24 16 / INPE : 092040880

Contrôle
BS

DR. SAMI GHITA
Dermatologue - Pédiatre
241, Bd F.A.R. - Casablanca
T: 05 22 40 06 47 / 09 31 49 63 86

Ce médicament est un antifongique à usage local.

Ce médicament est un gel moussant antifongique (*médicament traitant les infections dues à un champignon microscopique*) pour application locale (*peau et/ou cuir chevelu*).

Il est destiné à traiter la dermite séborrhéique de l'adulte et de l'adolescent : rougeur et desquamation de la peau (*chute de la couche superficielle de la peau*) ou du cuir chevelu (*pellicules*).

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER KETODERM 2 %, gel en sachet ?

N'utilisez jamais KETODERM 2 %, gel en sachet :

- Si vous êtes allergique à la substance active (kétokonazole) ou à l'un des autres composants contenus dans KETODERM 2 %, gel en sachet mentionnés dans la rubrique 6.

Mises en garde et précautions d'emploi

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant d'utiliser KETODERM 2 %, gel en sachet.

Faites attention avec KETODERM 2 %, gel en sachet :

- Si vous utilisez en application locale un dermocorticoïde en (*médicament contenant de la cortisone*) sous forme de crème, informez votre médecin avant de commencer l'application de KETODERM 2 %, gel en sachet. Vous pourrez débuter votre traitement par KETODERM 2 %, gel en sachet mais sans arrêter aussitôt votre traitement par corticoïde, ceci pour éviter que votre état ne s'aggrave. Suivez attentivement les recommandations de votre médecin.

En cas de contact avec les yeux. En cas de contact accidentel avec l'œil, rincez

ne doit pas être avalé. Si vous avez accidentellement avalé KETODERM 2 %, gel en sachet, consultez votre médecin.

maphar



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

KETODERM 2% GEL SAC B8
P.P.V. : 84DH20

