

## 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.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>13418</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>Boragh Omer</b>			
Date de naissance : <b>09/07/1953</b>			
Adresse :		<b>Tit Mellil</b>	
Tél. : <b>6662875GTS</b>		Total des frais engagés : <b>621</b> Dhs	

**Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019**

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	<b>07/11/2023</b>
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>affection dermatologique</b>	
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 :** **17 NOV 2023**  
**Signature de l'adhérent(e) :** 

### 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 Recouvrement des Actes
08/11/23	CS		300,00	DR. IMANE BENNANI Sidi Abdellah - Casablanca Tél: 0522 35 03 61 ICE: 002191490001 IF: 15227881 TP: 34800280

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SEKKAT Dr. SEKKAT NGHAMED Lotiss. AMAL - TANIT TITANIA - TANIT	07.11.23	321.00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

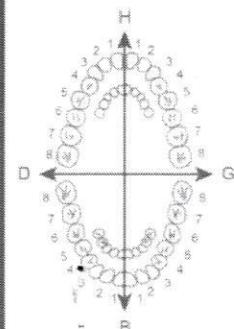
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

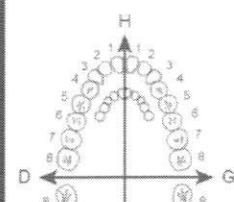
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

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

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 IMANE BENNANI**

Dermatologie Médicale, Esthétique et Interventionnelle

Diplôme d'études spécialisées de dermatologie et vénérologie, Université Toulouse III

Diplôme interuniversitaire des maladies systémiques, Montpellier et Paris VI

Diplôme interuniversitaire de dermatologie pédiatrique, Nice

Diplôme universitaire de pathologie et chirurgie du cuir chevelu, Paris VI

Diplôme interuniversitaire de dermatologie esthétique, Versailles

## ORDONNANCE

07/11/2023

Date

**BENAZIZ OMAR**

*321.00*

**loceryl solution filmogène:**

PHARMACIE SEKKAT  
Dr. SEKKAAT MOHAMED  
ROUTE ARIEL 1 - Lot N° 315  
TET MELLIL - Tel: 06 12 18 19 44

appliquer 1 fois par semaine sur l'ensemble des ongles des pieds

nettoyer au dissolvant doux

S.V.

poncer le gerement les ongles à la lime en carton

avant d'appliquer

6 mois

sanytol spray chaussures

**PURIADERM LAIT ECLAIRCISSANT:** TOUS LES SOIRS SUR LA ZONE CONCERNÉE 3 MOIS

Dr. Imane BENNANI  
Dermatologue  
64 Bd. Sidi Abd... iman... Sème étage  
Beauséjour Casablanca  
Tél: 05 22 36 62 61  
INPE: 051024941  
ICE: 002191499000012  
IF: 15227881  
TP: 34800280

# Loceryl®

amorolfine

VERNIS À ONGLE MÉDICAMENTEUX  
USAGE TOPIQUE

5%

2,5 مل  
2,5 ml

# لوسريل® أمورولضين

ورنيش اظافر دوائي  
للاستعمال الموضعي

GALDERMA

غالديرما

# Loceryl®

amorolfine

LOCERYL 5%  
Vernis à ongles médicamenteux  
Flacon de 2,5 ml  
AMM N° 07 DMP/21/NCN  
PPV:321,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P. N° 1,27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070381



أمورولضين

TIRER POUR OUVRIR