

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.

M23-U021678

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1418 Société : RAM 36

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : GHAMMARTÉ MOHAMMAD 74 37

Date de naissance : 28/12/1951

Adresse : Lot GYNIER Rue 5 N°5 DABIS CASABLANCA

Tél. : 06 61 41 91 62 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr Fedwa TRATOU

Dermatologue-vénérologue
215 (Rez-de-chaussée)
secteur 1, Doudia Mtaa-Téma
Tél : 0537602520
ICE : 09188313000062



Date de consultation : 26/09/2023

Nom et prénom du malade : GHAMMARTÉ MOHAMMAD Age : 72

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Allusum pendulum + KS

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 26/09/2023

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 Paiement des Actes
26/09/23	CS	1 CS	300DH	
26/09/23	CHY 1	K10	800DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie des papillons 36, Rue Jules Gros, Oasis - C Tél : 05 22 25 60	26/09/23	T.T. 409,00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

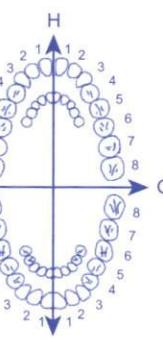
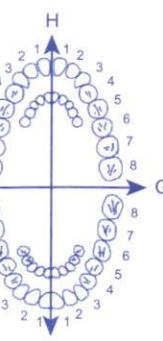
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 											
				MONTANTS DES SOINS 											
				DEBUT D'EXECUTION 											
				FIN D'EXECUTION 											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">B</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS 											
				DATE DU DEVIS 											
				DATE DE L'EXECUTION 											

Dr. Fadwa TBATOU

Dermatologue - Vénérologue

Lauréate des CHU de Rabat
et de Nancy (France)

Dermatologie chirurgicale

Cosmétologie

Laser - Traitement de l'Hypersudation



د. فدوى اتباتو

اختصاصية في أمراض الجلد

الشعر والأظافر والأمراض المتنقلة جنسيا

خريجة المستشفى الجامعي بالرباط ونانسي بفرنسا

جراحة الجلد - طب التجميل

علاج التعرق الزائد

العلاج بالليزر

Ordonnance

Témara le: 26/09/2023

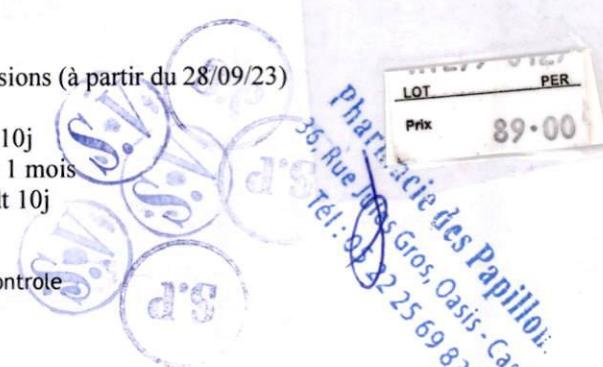
Mr GHAMMARTE MOHAMMADI

SOINS LOCAUX 1 fois/j lésions (à partir du 28/09/23)

~~891,00~~
~~284,00~~
~~36,00~~
SEDASTERIL SPRAY pdt 10j
CKS REPAIR CREME pdt 1 mois
URGO WATERPROOF pdt 10j

Rendez-vous le 13/10/2023 pour contrôle

à 11h30



fadwa.tbatou@gmail.com @ fadwa.tbatou

N° 215 (rez-de-chaussée), Résidence les Lilas, secteur 1

Ouled Mtaa-12050 Témara (à côté de mosquée Aboubakr)

Tél. : 05 37 60 25 20

215، (الطابق الأرضي)، قطاع 1، أولاد مطاع - تمارا

(قرب مسجد أبو بكر)

الهاتف : 05 37 60 25 20



Compte-rendu et Note d'honoraires

Témara le: 26/09/2023

N° - GHANNADEI OTHANNADI

Reçu ce jour le montant de 800DH pour
électrocautélarion d'un molluscum pendulum
du dos et de kératoses séborhéiques rétro-
auriculaire et Lombaire sous anesthésie
locale; soit 750.

INSD



Dr Fadwa TBATOU
Dermatologue-vénérologue
215 (rez-de-chaussée)
secteur 1, Ouled Mtaa-Témara
Tél: 0537682820
ICE: 001883418000062

fadwa.tbatou@gmail.com [fadwa.tbatou](https://www.facebook.com/fadwa.tbatou)