

# 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.

## Diologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Education :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de séductions.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Entre :

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.

Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6

## Adresses Mails utiles

Information : contact@mupras.com  
en charge : pec@mupras.com  
ion et changement de statut : adhesion@mupras.com

garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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° P19-0021929

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9310 Société : RAM

#### Actif

#### Pensionné(e)

#### Autre :

Nom & Prénom : CHAOUIKI MUSTAPHA Date de naissance : 03.04.1974

Adresse : Hly. my ABDELLAH Rue 160 N° 29 CARA

Tél. : 0663 23 58 40

Total des frais engagés : Dhs

#### Cadre réservé au Médecin Dr Nada SRIFI

Cachet du médecin :  
  
Dermatologue Venereologue  
Bo Al Quiss, Rues les Rosiers  
Imme 1, Apt 124, Avn Chouk  
Casablanca Tel / Fax 0522 87 37 18

Date de consultation : 23/01/2010

Nom et prénom du malade : Dr Nada SRFI Age : 36 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Dermatose

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUEIL

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 : 23/01/2010

Le : 23/01/2010

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13/04/18 C      |                   |                       | 3800 DT                         | <i>DR N... Casablanca 8d Al-Joudi 124, arr. CPCK</i>           |
| 30/05/18 C      |                   |                       |                                 | <i>DR N... Casablanca 8d Al-Joudi 124, arr. CPCK</i>           |
| PS              |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

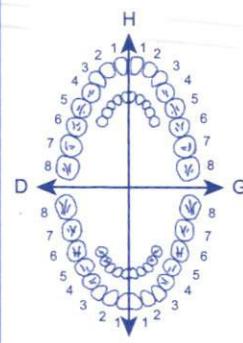
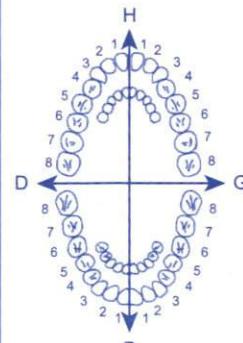
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### 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 | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|--|---|------------------|-------------|-------------------------|
|       |   |                  |             |                         |
|     |   |                  |             |                         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|  | H   | 21433552         |             |                         |
|  | 00000000                                  | 00000000         |             |                         |
|  | 00000000                                  | 00000000         |             |                         |
|  | 35533411                                  | 11433553         |             |                         |
|  | B   |                  |             |                         |
| [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |   |                  |             | DATE DU DEVIS           |
|  |   |                  |             |                         |
|  |   |                  |             |                         |
|  |   |                  |             |                         |
|  |   |                  |             |                         |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS   |   |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |
|  |   |                  |             |                         |
|  |   |                  |             |                         |
|  |   |                  |             |                         |
|  |   |                  |             |                         |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT  |   |                  |             |                         |

# CABINET DE DERMATOLOGIE MEDICALE & ESTHETIQUE



**Dr. NADA SRIFI**

Dermatologue - vénérologue

CHIRURGIE - ESTHETIQUE - LASERS

Ancien Médecin à l'hôpital universitaire suissi-rabat

Ancien Médecin des hôpitaux de Paris

Membre de la société européenne de dermatologie et de vénérérologie

Diplômée en :

Dermatologie pédiatrique ( Nice - France )

Lasers Dermatologie ( Bordeaux - France )

Techniques d'injection et de comblement

Esthétique du Visage ( Paris - France )

**د. ندى اسريفي**

طبيبة الأمراض الجلدية والتالسيلة

جراحة الجلد - الليزر - التجميل

طبيبة سابقة بمستشفى السويسى بالرباط

طبيبة سابقة بمستشفيات باريس - فرنسا

عضوة بالأكاديمية الأوروبية لطب الجلد

حاصلة على دبلوم في :

الأمراض الجلدية للأطفال ( نيس - فرنسا )

طب الليزر ( بوردو - فرنسا )

التقويم التجميلي للوجه ( باريس - فرنسا )

## ORDONNANCE

23/04/2019

Casablanca le:

Patient(e)

Nom, Prenom :

Madame FARISS ASMAA



### 1 ) CAMOMILLA BLU GEL SURGRAS VISAGE

Laver le visage 2 fois par jour, à rincer

200,00

### 2 ) CLENIDERM CREME / TUBE 30G

1 application par jour le soir pendant 1 semaine sur les taches de la paupière et du front, puis 1 soir sur 2 pendant 1 mois

495,00

### 3 ) SESDERMA K-VIT SERUM

1 goutte sur les 2 contours de l'œil le soir pendant 1 soir sur 2 pendant 1 mois ( à débuter dans une semaine )

### 4 ) MELAWHITE CREME

Appliquer matin et soir sur le visage pendant 3 mois

315,00

### 5 ) NOVEXPERT DOUCEUR HYDRO-BIOTIQUE CREME

Appliquer 3 fois par jour pendant 2 mois

314,00

### 6 ) HELIOCARE ECRAN MINERAL

Appliquer toutes les 2H lors de l'exposition solaire ( bien agiter )

Dr Nada SRIFI  
Dermatologue Veneréologue  
Imm.1 Ain Chock Casablanca  
Tél: 0522 87 37 19  
Fax: 0522 87 37 19  
E-mail: nadasrifi@gmail.com

Bd El Qods ( Angle Bd, Dakhla ), Résidence les Rosiers, Imm.1, Appt 124, 2<sup>ème</sup> étage Ain Chock, Casablanca, ( en face de l'école Majorelle )  
شارع القدس ( زاوية شارع الداخلة ) اقامة الورود، عمارة 1، شقة 124، الطابق الثاني، عين الشق - الدار البيضاء ( أمام مدرسة ماجوريه )

Gsm: 06 39 57 74 70 - Tél / Fax: 05 22 87 57 18 - E-mail: nadasrifi@gmail.com

