

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0043111 33952
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9585 Société : M22
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LAFRAIKH ABBES
 Date de naissance : 1963.01.01
 Adresse : HAFI MABROUKA Rue 3 N° 51
 Tél : 06.22.86.62.63 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur V. DEVICO
 Dermatologue
 Centre Dermo - Laser
 218, Av. de l'Ambassadeur Ben Aïcha
 Tel : 05 22 24 11 19 / 05 22 40 50 81
 Casablanca
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 18 Octo 2022
 Nom et prénom du malade : SADDUK MINA Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection dermatologique
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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

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
18 Octo 2022		1	400 DH	Docteur V. DE VICO Dermatologue - Laser Centre Dermo - Laser Aicha 218, Av. de l'Ambassadeur Ben Aicha Tel : 05 22 24 11 19 / 05 22 40 50 8 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/10/22	760,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

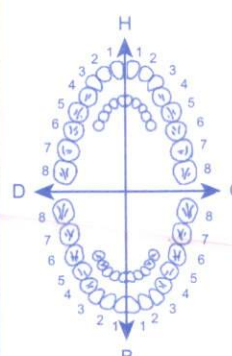
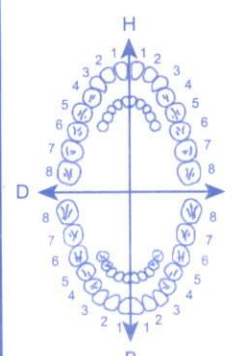
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Victory Devico

Dermatologue

Membre de la société française de dermatologie

Centre Dermo - Laser

218, Av. Ambassadeur Ben Aïcha

Tél. : 05 22 24 11 19 / 05 22 40 50 82

Casablanca

الدكتور فيكتور دوفيكو

أمراض الجلد

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجلد

مركز درمو- الليزر

218 شارع السفير بن عائشة

الهاتف : 05 22 40 50 82 / 05 22 24 11 19

الدار البيضاء

SADOUK M. M. M.

18 Oct 2022

441,00

Debut Ben M'ick

premier Motif

PHARMACIE BEN M'SICK

Dr. V. Devico - Pharmaciennne

182-184, Av. Ambassadeur Ben Aïcha - BOUZIANE

Hay salama - Casablanca - 20.700

Tél. 0522 37-01-25 - Fax: 0522 59-55-55

116 ser. Mers x 30

(et blanc) Mergles

2 102 ser. x 30

180,00

(2) Ligne + art. L. avec

Gel surfer - Sensithelial Rinser

180,00

PHARMACIE BEN M'SICK

Dr. V. Devico - Pharmaciennne

182-184, Av. Ambassadeur Ben Aïcha - BOUZIANE

Hay salama - Casablanca - 20.700

Tél. 0522 37-01-25 - Fax: 0522 59-55-55

(Mars le corps)

(3) Ligne : Corce avec

15,00

4 Contour Ben M'ick

64,00

Docteur V. DEVICO

PHARMACIE BEN M'SICK

Dr. V. Devico - Pharmaciennne

182-184, Av. Ambassadeur Ben Aïcha - BOUZIANE

Hay salama - Casablanca - 20.700

Tél. 0522 37-01-25 - Fax: 0522 59-55-55

بالميعاد : أيام الإثنين، الثلاثاء والخميس من التاسعة صباحاً إلى الثانية عشرة، ومن الثانية إلى الثالثة مساءً صباحاً من التاسعة صباحاً إلى الثانية عشرة

Sur rendez-vous les Lundi - Mardi - Jeudi de 9h à 12h et de 14h à 15h, et Vendredi matin de 9h à 12h

Fermé le Vendredi après midi et les Mercredi et Samedi toute la journée

LOT :
PER :
PPV :

64100

Titulaire de l'AMM au Maroc : POLYMEDIC
Quartier Arsalane-Rue d'Amryot d'Inville
BP 10877 CASABLANCA-MAROC
DAVOBET® 50 mcg/0.5 mg/g pommade
Tube de 61 g



6 118001 200832

PPV : 441 DH 00