

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

- Reclamation : 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° W21-711296

134593

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 2451	Société : <i>RENFAS</i>	Autre : <i>Abellit</i>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Date de naissance : 14/12/53	
Nom & Prénom : <i>Fikri Bahija</i>			
Adresse :			
Tél. : 060884628 Total des frais engagés : Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 19 AOÛT 2022			
Nom et prénom du malade : <i>Fikri Bahija</i> Age : 60 ans			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <i>Dermatose aiguë</i>			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



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
19 AOUT 2022		250dh	INP : 0912571121	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie EL ANADEL Mme H. EL ANADEL Bd. Abdellatif Ben Abdellah Tél: 03 67 44 12 66	19/08/22	118,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

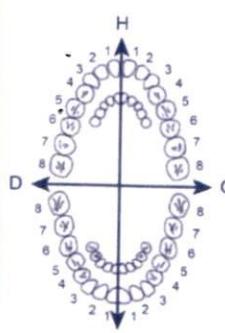
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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	INP :
				INP : <input type="text"/>

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

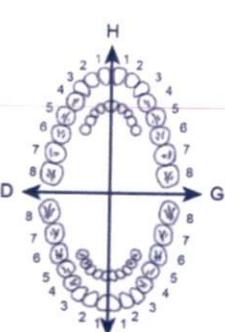
FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Imane KHRICHFA

Dermatologue - Vénérologue

- Maladies de la peau, cheveux et ongles
- Chirurgie dermatologique
- Dermatologie pédiatrique
- Dermato - Allergologie
- Lasers médicaux
- Médecine esthétique



د. إيمان أخرىشفة

أخصائية في الأمراض الجلدية والتتناسلية

- أمراض الجلد، الشعر والأظافر
- الجراحة الطبية
- أمراض الأطفال الجلدية
- الحساسية الجلدية
- العلاج بالليزر الطبي
- طب التجميل

ORDONNANCE

PPV: 49,60 DH
LOT: 22C01
EXP: 03/2025

Maphar
Bd Alkimiia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Ketoderm 2% gel b8 sachet
P.P.V : 84,20 DH

Barcode: 6 118001 181490

Casablanca, le: 15/9/2022

Mme Zohra fikri

1) une forte



49,65

1 Amp 1 mois

× 3 mois.

2) 3 bisters serum Argan

300.0 sur cheveux ses
on malles

349,65

Dr. KHRICHFA Imane
Dermatologue Vénérologue
1, Rue Bachir Laalej, Bd. Abd. Oumoumen
Résidence Oushmane 1, N° 3 - 10105 20 16 04 30
091257121

Pharmacie EL ANADEI
Bd. Abdellatif EL ARAKI
N° 47 - 10105 20 16 04 30
Tél : 05 20 16 04 30 - Urgences : 06 00 90 18 78 - E-mail : dr.imanekhrif@outlook.com

30g

LOT : 1684

UT. AV : 07 - 25

P.P.V : 34 DH 70

وشارع عبد المؤمن، إقامة أوصمان 1، الطابق الأول، رقم 6 - الدار البيضاء
1, Rue Bachir Laalej et Bd Abdelmoumen, Rés. Oushmane 1, 1er étage
Tél : 05 20 16 04 30 - Urgences : 06 00 90 18 78 - E-mail : dr.imanekhrif@outlook.com

Dr. Imane KHRICHFA

Dermatologue - Vénérologue

- Maladies de la peau, cheveux et ongles
- Chirurgie dermatologique
- Dermatologie pédiatrique
- Dermato - Allergologie
- Lasers médicaux
- Médecine esthétique



ORDONNANCE

د. إيمان أخرىشة

أخصائية في الأمراض الجلدية والتاليلية

- أمراض الجلد، الشعر والأظافر
- الجراحة الجلدية
- أمراض الأطفال الجلدية
- الحساسية الجلدية
- العلاج بالليزر الطبي
- طب التجميل

Casablanca, le : 19/02/2024

Mme L'KRI Bokrje

1) Ketodermie lotion

1 lotion / semaine à 4 semaines

A Appliquer sur le visage

Matin, laisser agir 10 min
ensuite laver.

2) Skinoctic lotion

1 fois pour le soir sur le visage

cheveux x 50g

1، زنقة البشير لطع وشارع عبد المومن، إقامة أوصمان 1، الطابق الأول، رقم 6 - الدار البيضاء

1, Rue Bachir Laalej et Bd Abdelmoumen, Rés. Oushmane 1, 1er étage N° 6 - Casablanca
Tél : 05 20 16 04 30 - Urgences : 06 00 90 18 78 - E-mail : dr.imanekhrichfa@hotmail.com