

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.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° P19- 069142

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1568 Société : 134744

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RACHAD AMINA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Wissal EL SOUSSI
Dermatologue - vénéréologue
Bd. 2 Mars Andalous 3 n°741 ét. 2
Casablanca
Tél.: 0522 87 26 81 - 06 62 86 82 81

Date de consultation : 17/10/2022

Nom et prénom du malade : RACHAD AMINA Age: 64

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Dermate Infectieuse (Léishmaniose)

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) :

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
17/10/2022			300,000	Dr. Wissal EL Dermatologue - Vén. 21 rue de la Liberté 3 n° Casablanca Tél: 0522 87 26 81 - 06 62 53 8 - 33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/10/2022	797,5

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

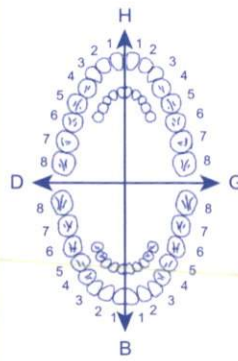
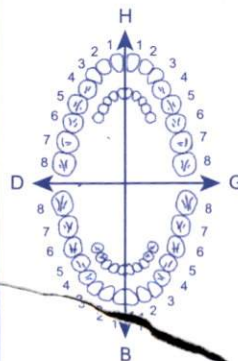
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Wissal El Soussi Ait Said

Dermatologue-Vénérologue

- Maladies de la peau, cheveux et ongles
- Maladies sexuellement transmissibles
- Dermatologie- Allergologie
- Dermatologie Esthétique
- Cosmétologie • Lasers

الدكتور وصال السوسي آيت سعيد

إختصاصية في الأمراض الجلدية و التناسلية

- أمراض الجلد, الشعر, الأظافر

- الأمراض المنقولة جنسيا

- حساسية الجلد

- التجميل الطبي, الليزر

W

Casablanca, le 14 / 10 / 2022

$168 \times 2 = 336$ ⁴⁰ Tr Amina Rachel

1 - Augmentin 1 g sachet ¹⁵
1 sachet x 3 / j polt 10 jours

139×22
2 - Avelox 400 g ¹⁵
1 cp / j polt 10 jours

63
3 - Zyrtec cp ^{7.5}
1 cp / j le soir polt 10 jours

4 - Teguma 250 g cp ^{7.5}
1 cp / j polt 14 jours

84
5 - Dermofin poudre ^{7.5}
1 appl / j polt 04 semaines

✉ drelsoussiwissal@gmailcom

☎ 05 22 87 26 81 / 06 62 86 82 81

📍 Bd 2 mars Andalous 3 n°741 étage 2 (croisement Bd 2 mars et Bd panoramique) Casablanca
شارع 2 مارس, أندلس 3, رقم 741 الطابق الثاني الدار البيضاء (تقاطع شارع 2 مارس المنظر العام)

34^{to} 6 - Skinosalic lotion.



1 appl 1/2 pelt 10 jours

1 bio 1/2 pelt 10 jours

79212



63,20

30g

LOT : 2136
UT. AV: 08 - 25
P. P.V: 34 DH 70

Dr. Wissal EL BOUSS
Dermatologue - Vénérologue
Bd. 2 Mars Andalous 3 N°741,
Etag 2 - Casablanca
Tél: 05 22 87 26 51 - Fax: 05 22 87 26 51

Skinosalic®

PPV: 168,20 DH
LOT: 649758
PER: 03/24

LOT: M0066
EXP: MAI 2023
PPV: 139,50 DH

BEVIRAN FORT®
nébavérine 200 mg
Boîte de 30 comprimés
PPV: 44,00 DH
6 118000 190943

LOT: M0066
EXP: MAI 2023
PPV: 139,50 DH

PPV: 168,20 DH
LOT: 649464
PER: 02/24

84,20