

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.



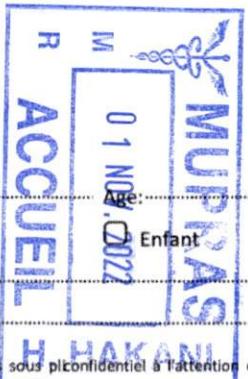
Déclaration de Maladie

N° W19-564636

13/11/2022

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 12513	Société : R.A.N	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : SALEHODINE NARIAN		
Date de naissance : 16/03/1986		
Adresse : A.S.I.S SQUARE JIN AG app 002 RDC		
Tél. : 06 74 49 62 39	Total des frais engagés :	427,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	17/10/2022
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Affection cutanée	
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) :



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
17-10-2022	CS	1	3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourgeisseur	Date	Montant de la Facture
	17/10/22	127.60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

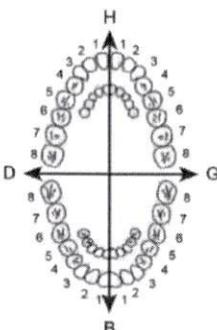
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

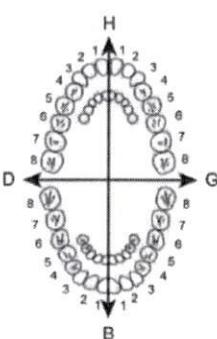
MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



ODF PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

26533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE DERMATOLOGIE

Médecine et Chirurgie de la Peau et du Cuir Chevelu
Maladies Sexuellement Transmissibles
Dermatologie Esthétique
Laser Dermatologique

Docteur Samira MANSOURI
DERMATOLOGUE

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris
Ancienne Attachée des Hôpitaux de Paris
Membre de la Société Française de Dermatologie

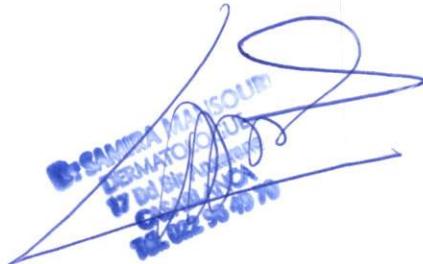
الدكتورة سميرة منصوري
خريجة كلية الطب بباريس
اختصاصية
في أمراض و جراحة الجلد

Le 17/10/2022

Mme SARAH EDDINE Meilleur

Note d'honoraires

Conseil d'orthothérapie Spécialisée
au tarif de 300,00 Dt.
Acte le présent Rés a tenus
Cent Dr HAMS



Dr SAMIRA MANSOURI
DERMATOLOGUE
DR SARAH EDDINE
Cabinet Dr HAMS

CABINET DE DERMATOLOGIE

Médecine et Chirurgie de la Peau et du
Maladies Sexuellement Transmises
Dermatologie Esthétique
Laser Dermatologique

LOT / BATCH: 17578
FAB / MFR: 12-2021
EXP: 11-2024

MANSOURI

OGUE

Médecine de Paris
Hôpitaux de Paris
Française de Dermatologie

66,80

g e

PPV: 66,80

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 40,00 DH
ID: 648365
6 118000 161301

Exp. 09/2023
Lot 61301

الحربيجه طب مس
اختصاصية
في أمراض و جراحة الجلد

Je 17/10/2022

FRAKIDEX Pomp. Ophta. 5 g
Distribué par : ZENITHPHARMA,
96 zone industrielle Tassila Inezgane,
Agadir- Maroc. PPV : 20,80 dh
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

Saheh eddeei e Mariane

1- FRAKIDEX pomme ce

20,80 Je Sra - 8x 8x

47 Boulevard Bir Anzarane
PHARMACEIE DANTON
Tél: 0522 25 09 78 - Casablanca
Mme AMAL EL QADDAJI PHARMA

66,80 21- Pharmacie Ane

60,00 Je Sra sur la shape
entre

31- Demoval fl

إقامة ابن النفيس - 17، شارع بئر أنزران - معاريف - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 98 49 70 - الفاكس : 05 22 98 49 92

Résidence Ibnou Nafiss - 17, boulevard Bir Anzarane - Maârif - Casablanca - Tél. : 05 22 98 49 70 - Fax : 05 22 98 49 92

je Srin — 150

18m 21/2 — 150

18m 13 — 150

1 Srin 15 — 150
Durs —

15: 12x. 6

~~Dr. SAMIA
DELLAL
17 Bd Bir Anzarane
CASABLANCA
Tel. 022 98 49 70~~

Mme Amina
Docteur El. QABBAJ
PHARMACIE Pharmacie
47 Boulevard DANTON
Tél 0522 25 09 78 - Casablanca
Bir Anzarane