

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0027112

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0007248 Société : 136671

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL JAMAI FATMA ZAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/02/2022

Nom et prénom du malade : SOUKTAN HANOU Age :

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

Nature de la maladie : Dementie

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

- Réclamation : 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

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
05/09/2022				
13/09/2022				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/09/2022	386.90
	13/09/2022	562.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

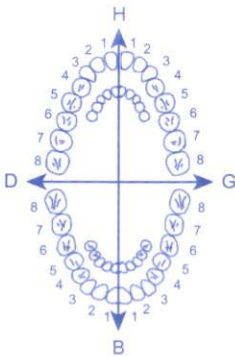
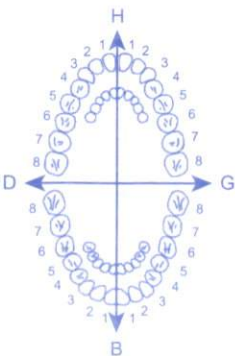
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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> <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

Docteur Hayat BOURRA

DERMATOLOGUE - VÉNÉRÉOLOGUE

Maladies de la Peau, des Cheveux et des Ongles

Maladies Sexuellement Transmissibles

Chirurgie Dermatologique

Dermatologie Esthétique - Cosmétologie

Lasers

Diplômée de la Faculté Méd V. Souissi Rabat

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

الدكتورة حياة بورة

أخصائية في أمراض الجلد، الشعر و الأظافر

الأمراض المتنتقلة جنسيا

الجراحة الجلدية

التجميل الطبي

العلاج بأشعة الليزر

خريجة كلية الطب بالرباط

طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca, le 05.09.2022

Dr. H. B.

1/ Quifex spray - applij le ~~soir~~ matin au ~~visage~~ pieds
56,00

2/ Dermofix crème - 1 applij le soir (2x/j)
87,30

3/ Adpf crème réparatrice cicatrisante - 1 appl à la demande (après chaque lavage)
69,00

4/ Alora sup - applij le soir x 10 j
29,00

5/ Mycoflu 100 - 1 appl/sem x 6 sem au lieu du ~~soin~~ ~~traitement~~
76,20

6/ Skissalac lotion SLK
 34, 70x2
 1 appl x 3/sem x 15j
 puis .2x /sem x 1 mois
 au n Cui Chevelu garder les sois
 A l'aver le le de an

T= 386,90



Dr. BOURBON
 Spécialiste en Dermatologie
 19, Place du 16 Novembre Cas
 Tél: 05 22 22 10 86 - Fax 05 22 22 10 87
 N° 60159146620022

30g

LOT : 1687
UT. AV : 07 - 25
P.P.V : 34 DH 70

LOT : 0000
PER : 03/2024
PPV : 37 DH 00

LOT : M0735
PER : 03/2024
PPV : 29,00DH

LOT : 072
PER : OCT 2024
PPV : 76 DH 20

LOT : 013
PER : JAN 2024
PPV : 56 DH 00

بلدية

طبي

ة الليزر

ب بالرباط

ستشفيات باريس

30g

LOT : 9426
UT. AV : 05 - 25
P.P.V : 34 DH 70

Casablanca, le 19.09.2022

Souktani Hamza

Dtox
2

1/ Téguéa w
70.00
appel / le son.



2/ Bayutène w
appel / le -atin

au à l'ordon
mahr
↑ med.

3/ Loton fofifank Capidesma
403.44
8 à 10 pulvérisant / le son

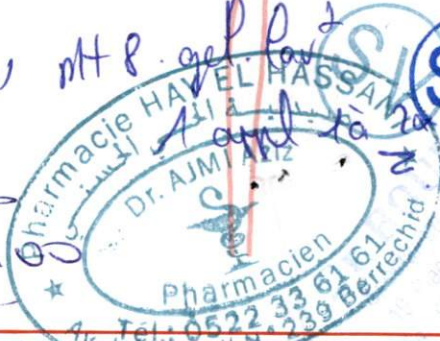


PPV

4/ Septi(+) mH 8. gel lav
88.56
appel / le son



Ti 562.00



Dr.



6 111263 780227

250 ml e -8,45 FL.Oz



PPV
88.56

LOT: 220136
PER: 03-2024
PPV: 70,00DH