

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.

Bééducation :

- 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

- 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0027112

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>0007268</u>	Société : <u>A36G21</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>EL JAMAÏ FATIMA ZAHRA</u>			
Date de naissance :			
Adresse :			
<u>Tél. : 066 22 22 22</u>		Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	05/05/2011
Nom et prénom du malade :	JOSEPH KATANI Thauz
Age :	40
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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 "Déclaration d'indépendance".

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] : ...

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
05/09/2012		3000 dh		
18/09/2012		1000 dh		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. A. Hassan	10/09/2012	386.90
Pharmacie Hassan	19/09/2012	562.00

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Pharm. Hassan			
Tél: 0522.3329			
Av. Hassan II N° 29			

AUXILIAIRES MEDICAUX

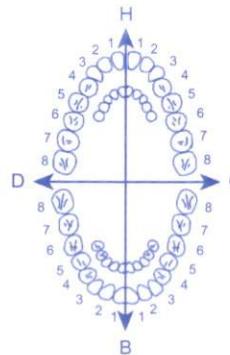
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																
																			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																			
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
<table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
[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

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

الر احة الجلدية

الامراض المتنقلة جنسياً

الحادية الحديدة

الكتاب المقدس

الجميل الطبي

العلاج باشعة الليزر

خريجة كلية الطب بالرباط

طبيبة داخلية سايقا يمستشفيات ياريس

• • • •

D₃
D₄

Casablanca, le 05.09.
Sakitani Hanza

4 Quippe spray. Apply le SV sur au
56,00 m² pieds.

G. Dermofix ~~un~~
1 applic le soin (2x1 j)
87.30

3) Adfil une réparatrice émulsante
69,00 1 appu à la demande (après chaque lavage)

4) Alora Sosup. (SV) ~~diff~~ file son x 10 j
29.00

S₁ Thyrofibr 150 → S₁ gl
7.6.20 1gr/sem x 4 sem am 15.11.2006
S₁ glien ab
z. oper.

6/ Sulfosalicy lotion
34, 70x2

1 ampoule 30 g x 15 g
peut 2 x 1 g en 1, bain

T = 386,90,-

au n° Cen Chevelu garder le souci
A laver le lez de souci



Dr. BOU
Spécialiste en Dermato
19, Place du 16 Novembre Casablanca
Tel: 05 22 22 10 86 - Fax 05 22 22 10 86

30g

LOT : M0735
PER : 03/2024
PPV : 29.00DH

LOT : M0735
PER : 03/2024
PPV : 29.00DH

LOT : 072
PER : OCT 2024
PPV : 26 DH 20

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

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

Au
Centella asiatica

ulté Mod + Soussir kabat
es Hôpitaux de Paris

LOT 5009/FC6
03/2024 PPC 69.00

Casablanca, le 19.09.2022

30g

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

Souktani Hanza

Stock

1. Tégna ~~un~~ appliq le soin.
70.00



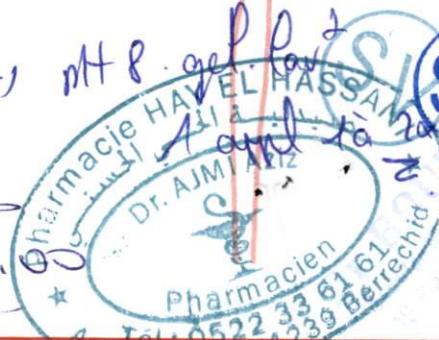
2. Bayutene ~~un~~ appliq le soin.

au n° 010
nous
t med.

3. lotion fortifiante Capiderma ~~un~~ SP PPV 403.44
403.44 ~~un~~ 8 à 10 pulvriser ~~un~~ le soin

4. Septi (+) ml 8 gel lav 88.56

T. 562.00





6111263 780227

250 ml e -8,45FL.Oz



PPV
C 88.56

LOT: 220136
PER: 03-2024
PPV: 70,000DH