

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

N° M21- 0050674

145729

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10575 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUGRIN LAIBI

Date de naissance : 17/02/1967

Adresse : LOT EL WAFAH N°33 DEROUA

Tél : 0662746069

Total des frais engagés : 470,00 + 3,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Sofia EL MESBAHI
Dermatologue Vénérologue
Ras Ryad Al Qods, GH 3
Imm 1, N° 6 - Bd Al Qods
CASA - Tél: 0522 38 05 59

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/01/2023

Nom et prénom du malade : Bougrin Ayman Age : 20

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

Nature de la maladie : Aene

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 : DEROUA Le : 04/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
04/11/2023	25	0.1	300,00	Dr. Sofia EL MESBAHI Dermatologue Vénérologue Rés Ryad Al Qods, GH 3 Imm 1, N° 6 - Bd Al Qods CASA - Tél: 0522 38 05 59

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية نور الإيمان PHARMACIE NOUR AL IMANE Dr. ELBACHOUH Imane Manzeh 2 N°44 Deroua Tél: 05-20 35 07 57 - 06 31 39 67 10	04/10/23	470,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

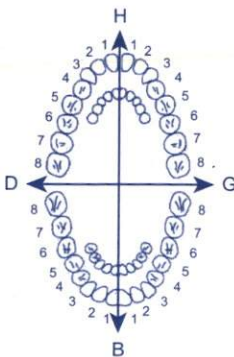
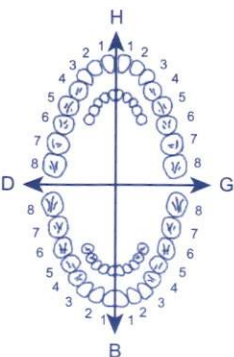
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
				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 SOFIA EL MESBAHI

DERMATOLOGUE-VENEROLOGUE

Specialiste des maladies de la Peau,
des Ongles et des cheveux

Maladies Sexuellement Transmissibles

Allergologie

Chirurgie de la peau

Médecine Esthétique (Peeling, Comblement,
injection de toxine botulique, PRP, Mésothérapie)

LASER



الدركتورة صوفيا المصباحي

إختصاصية في أمراض الجلد، الأظافر والشعر

الأمراض التناسلية

حساسية الجلد

التجميل

الليزر

04/01/2023

Le :

Mr BOUGRIN Ayman

152,80

1 - Curacné 10 mg



1 Comprimés le soir pendant 1 mois

289,80

2 - Curacné 20 mg



1 Comprimé le soir pendant 1 mois

28,80

3 - Artelac collyre



1 Goutte, 3 fois par jour, pendant 1 Mois

4 - Keracnyl REPAIR Crème

1 Application, 2 fois par jour

صيدلية نور المصباح
PHARMACIE NOUR EL MESBAHI
Dr. ELBADRoui Imane
Mansh 2 N°44 Deroua
Tel: 05 20 35 07 57 - 06 31 59 07 10

5- Roger Cavailles Pain savon

pour laver visage et corps,

T = 470,00

Dr. Sofia EL MESBAHI
Dermatologue Vénérologue
Rés. Ryad Al Qods, GH 3
Imm 1, N° 6 - Bd Al Qods
CASA - Tél: 05 22 38 05 59

Bd Al qods (Angle Bd Haifa) Résidence Ryad Alqods GH3, imm1, Appt 06, 3ème étage, Ain Chock

شارع القدس (زاوية شارع حيفا) إقامة رياض القدس. عمارة 1 الشقة 6. الطابق 3 عين الشق

Tel/fax: 05 22 38 05 59:الهاتف/ الفاكس

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Curacne 10mg cap molle
b30
P.P.V : 152,20 DH



Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Curacne 20mg cap molle
b30
P.P.V : 289,00 DH



ZENITH Pharma



PPV : 28,80 DH