

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

- 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.

M22- 0013644

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08.78 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : E. house 156802
 Nom & Prénom : AMINE Abdellah
 Date de naissance : 01-02-1942
 Adresse : Hay Hay Abdellah Rue 269 N° 19 Cde. Cite. Taza
 Tél. : Total des frais engagés : 896,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15 MARS 2023

Nom et prénom du malade : AMINE Fathima Age : 70 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dermatose

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : MUPRAS

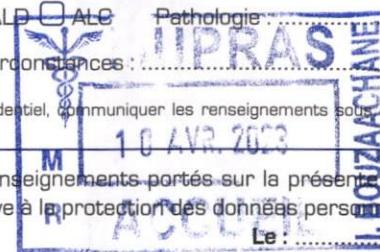
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) : I. BOUZAACHANE



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
15 MARS 2023	CS		300.000 DT.	<p>Docteur Imane MARKOUCH Dermatologue - Vénérologue Dermatologie Esthétique Cosmétologie Laser 224, Rue 14 Mandarina Ain Chak - Casablanca Tel: 05 22 87 58 43</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/03/23	596,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553	G		
	B				
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION	

Docteur Imane MARKOUCH

Dermatologue - Vénérologue

Diplômée de L'UFR Pierre et Marie Curie-Paris VI

Ancienne interne des hôpitaux de Paris



الدكتورة إيمان مركوش

اختصاصية في أمراض الجلد و التنااسل

خريجة كلية بيير و ماري كوري-باريس 6

طبية بمستشفيات باريس سابقا

Casablanca le :

15/03/2023

Madame AMINE FATIMA

20,00

CLENIDERM CRÈME

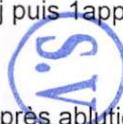


20,00

30,560

TOLERANCE CONTROL CRÈME

1appx02/j x05j puis 1app/j x05j



Tolérance
CONTROL

193,10

BARIDERM ÉCRAN MINERAL

1appx02/j et après ablutions



Bariéderm-CICA

CRÈME au Cuivre-Zinc
CREAM with Copper-Zinc

17,40 x 2

DERMOVAL CRÈME

1app/2h 20 min avant exposition



GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda
Région de Rabat

PPV: 17,40 DH

ID: 6650578
6 118000 161295

42,90

XYCET 5 MG CP

1app/j le soir bras et jambes x10



GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda
Région de Rabat

PPV: 17,40 DH

ID: 6650578
6 118000 161295

= 596,40



Docteur
Dermatologue
124 Rue 14 Mandarouna
Tél: 05 22 87 58 43

42,90

PH OUM EL BANINE
SAHIB MOHAMED
145 RUE SRAGHNAS. 20520 EL FIDA.
CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 34533121

N° R.C. : 299653

N° ID.F. : 14496571 N° ICE 001513409000080

N° CNSS : 7761598

Tel : 0522289999

Fax : 0522280692

AMINE FATIMA

I.C.E. :

Le : 15/03/2023

FACTURE N°: 35265/23

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	URIAGE BARIEDERM CICA CR	193.10	193.10
1	AVENE TOLERANCE CONTROL	305.60	305.60
2	DERMOVAL CREME	17.40	34.80
1	XYCET 5 X15CP	42.90	42.90
1	CLENIDERM CREME	20.00	20.00

TVA 7%:	6.39
TVA 20%	83.12
Total :	596,40

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CINQ CENT QUATRE-VINGT SEIZE DIRHAMS ET QUARANTE CTS

