

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 canaux, 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 canaux.

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- 0034379

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

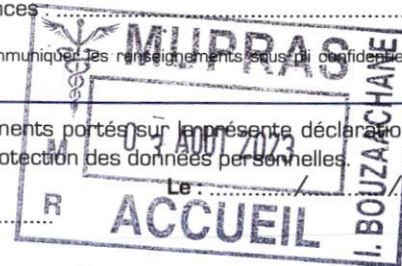
Matricule : 02182 Société : 170542
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENBOUTA MALIKA
 Date de naissance :
 Adresse : Salma 2 - Rue 1 - Imm. 195 Apt 4 - CASA
 Tél : 0605497966 Total des frais engagés : 75,80 + 15 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 27/06/2023
 Nom et prénom du malade : BenBouta Malika Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Dermatose
 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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21- 034379

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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 Remède des Actes
27/06/2023				DOCTEUR HUDA NAIMA DERMATOLOGUE - PHRÉSIATROLOGUE 310 RUE OUD EDDERJAJ CITE DJEMAA CASABLANCA TEL 05 22 59 41 31

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية السالمية PHARMACIE SALMIA Mme. LEMTIRI Fouzia Pharmacienne 6, Bd. El Joulane Salmia II Sidi Othmane - Casablanca	27/07/2023	75.50

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	
MOHAMED MELLOUK Diplôme d'Etat N° 297 du 16/10/1974 Art. du SGG R 297 du 16/10/1974 395, Bd. Sakia Al Naima, Jema Cité Djemaa - Casablanca	13/7/23	1		1504		1504

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 canalaires, 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 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																	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

VOLET ADHERENT

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

Docteur ID HMIDA Naima

Spécialiste

Dermatologue – Vénérologue
Spécialiste des maladies de la peau
de l'ongle et du cuir chevelu

Maladies sexuellement transmissibles, laser
Chirurgie de la peau, cosmétologie et allergologie



الدكتورة اد حميدة نعيمة

اختصاصية

أمراض الجلد، الأظافر والشعر
الأمراض التناسلية
جراحة الجلد، الليزر
الطب التجميل والحساسية

Casablanca, le : 27 Juin 2023 في : الدار البيضاء

صيدلية السالمية
PHARMACIE SALMI
Mme. LEMTIRI Fouzi
Pharmacienne
86, Bd. El Joulane Salmia II
Sidi Othmane - Casablanca
Tél : 05 22 38 21 70

GENBONTA ALKA

LOT/EXP.:

HC3645
11/2027
P.P.V:37DH70

11 Diproster inj

37.80 ou Depomedol

37.80 ling en IT

1 Efficort lipophil

le 10/07/23

75.50

DOCTEUR ID HMIDA NAIMA
DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE
310, RUE OUED EDDAHAB JAMILA
CITE DIAMAS CASABLANCA
TEL: 05 22 59 41 31

Tél : 05 22 59 41 31

TSVP

Le contrôle ne doit pas dépasser deux semaines

310, شارع واد الذهب، الطابق الأول، جميلة 7 - سباتة - الدار البيضاء
310, Bd. Oued Eddahab, 1^{er} Etage – Jamila 7 – Sbata – Casablanca

37

Aliz 4

15.8

15.8

DOCTEUR ID HANNA NAIMA
DERMATOLOGUE - VÉTÉRINAIRE
310 RUE OULEDDAH JAMILA 7
CITE DE LA SERRA
TEL: 05 22 50 41 31