

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

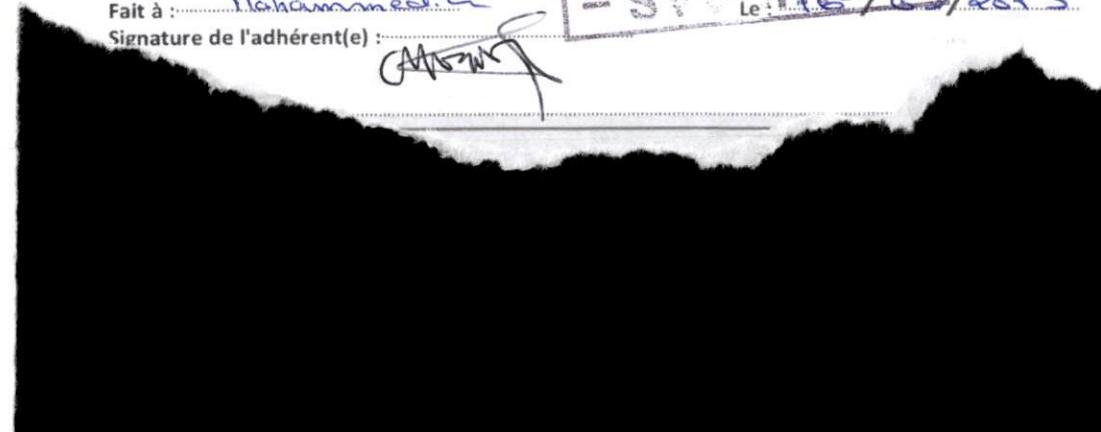
- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9372	Société : RAA		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHOUAL ABDELGHANI			
Date de naissance : 11/11/1985			
Adresse : 172 DRB CHABAB MOHAMMEDIA			
Tél. : 05 22 20 45 45	Total des frais engagés : 1602,00	Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	CHOUAL ABDELGHANI
Date de consultation :	16/09/2023
Nom et prénom du malade :	Age: 17 ans
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> 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 16/09/2023
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
16/09/23	C.S.		300.00hs	1091186619

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/09/23	1108,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
G	35533411	

[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

عيادة أمراض الجلد
الدكتورة لبردي وفاء



CABINET DE DERMATOLOGIE

Dr. Wafaa LABBARDI

Lauréate de la faculté de Médecine
de Casablanca
Ancienne Interne au CHU Casablanca

- Maladies de la peau, cheveux et ongles
- Dermatologie-Vénérologie
- Dermatologie-Allergologie
- Dermatologie Pédiatrique
- Dermatologie Esthétique - Laser

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي الدار البيضاء

- أخصائية في أمراض الجلد، الشعر والأظافر
- الأمراض التناسلية
- الأمراض الجلدية عند الأطفال
- حساسية الجلد
- الطب التجميلي - العلاج بالليزر

المحمدية في :

Mohammedia le :

15 SEP

CABINET DE DERMATOLOGIE
Médical et esthétique
Dr. Wafaa LABBARDI
Tél : 05 23 30 40 04

15 SEP

CHAKAL MEDICAL

1- Doxymycine 100g 7/10/2024 1ml x 2 ml

2- Cutacnyl 10% 7/10/2024 1ml x 2 ml

3- Retacnyl 10% 7/10/2024 1ml x 2 ml

4- Effaderm 168,00 7/10/2024 1ml x 2 ml

5- Sébionex 157,00 7/10/2024 1ml x 2 ml

الطابق الثاني الشقة 12 العالية المحمدية (A) شارع محمد السادس إقامة رياض فضالة 2 العماره

Bd. Mohammed IV, Résidence Riad Fdala 2, Bâtiment A, 2 ème Etage, Appartement 12, El Alia, Mohammedia

+212 5 23 30 40 04

+212 642 532 202

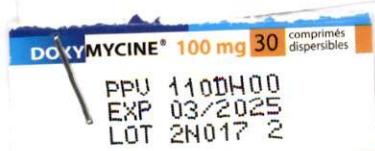
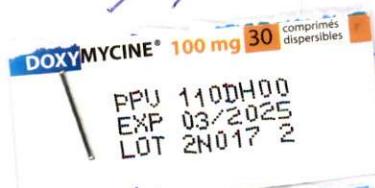
wafaalabbardi@gmail.com

Patente : 39297340 - IF : 248109948 - ICE : 001959636000030 - CNSS : 5506491 - INPE : 091186619

GL-09 Nrm-don Gel nettoyant
 131.90 

 GL Ceraflucon 30g
 87.30 1x1/semaine x06m.
 GL Dermofix renew
 1-ml v x06m.
 GL Ketoderm sachet
 Latex oil-1ml 10g x 3/sem.
 x06m.

CABINET DE DERMATOLOGIE
 Médico-chirurgicale et Esthétique
 Dr. Hafida LAKHDARJI
 Tel : 05 23 30 40 04



Maphar
 Bd Alkimia N° 5, Ql.
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Ketoderm 2% gel bo sachet
 P.P.V : 84,20 DH

 6 118001 181490

