

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° P19- 0024388

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8198 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL OFIR Amal Date de naissance : 19/01/2004
Adresse :
Tél : 0522912711 Total des frais engagés : 35904 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : EL OFIR Amal Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : CASA

Le : 17/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 17/12/2022 | G | 3 | 500 DV | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Mme. Amal EL OABBAJ BAH
Docteur en Pharmacie
PHARMACIE DANTON
47, Boulevard Bir Anzarane
0522 25 09 78 - Casablanca

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

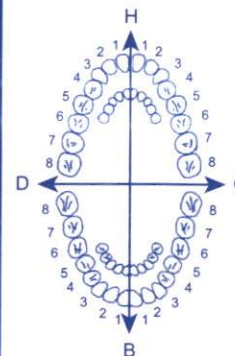
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
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 LOCATELLI Colette

Dermatologie - Vénérologie
Médecine Esthétique

Diplômée de la Faculté de Médecine
De BESANCON

Spécialiste des Maladies de la Peau
et du Cuir Chevelu

الدكتورة كوليت لوكاتيلي

خريجة الطب بيزنسون - فرنسا

إختصاصية في أمراض الجلد

و الشعر و الأمراض التناسلية

طب التجميل

Casablanca le: 17/12/24

19,50 x 2 N. EL OFIR. MAR

UVEDOSE 100,000 UI

1 amp à base pour 2005

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V : 19,50 DH
6 118001 185030

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V : 19,50 DH
6 118001 185030

Mme. Amal EL QABBAJ BAHRI
Docteur en Pharmacie
PHARMACIE DANTON
47, Boulevard Bir Anzane
Tél : 0522 25 09 78 - Casablanca

- OXYSKIN

gelule anti-acné

Clavex

= 2 gel le matin
au repas (2005)

20,00

20,00

- CLEVIDER

= 3012 (85)
1 ampoule 2 (80)



59,00

45, Rue de l'Atlas - Maârif - Casablanca - Code Postale: 20330 - Tél.: 0522 23 45 75/23 08 74 - Mobile : 06 67 77 73 77

45, زنقة الأطلس - معاريف - الدار البيضاء-رمز البريد : 20330 - الهاتف : 0522 23 45 75/23 08 74 - المحمول : 06 67 77 73 77

E-mail : locatellicolette@yahoo.fr

NOUORHANE

— Spicy auto cluse CHRONIC
cheveux.

= 8 febr le hmc
au cur ar de. (15 jours)

fus
F 8 febr. 3 ans par aneur
ple 3 ans

- AGE. ABSOLU

auu ROSE

(JRIABO)

SOIR (lage)

(3 ans)

~~Dr. COLETTE Colette
Dermatologue
45 rue de l'Atlas Casablanca
Tél. 0522 23 45 75 0522 23 08 74
Mobile. 06 57 77 73 17~~