

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-826292

1096368

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

12 698

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AT EL HAJ Mustapha

Date de naissance :

08/04/1987

Adresse :

Tél. : 066 1 447 559

Total des frais engagés :

627,10

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

LOCATELLI Colette
Dermatologue
5, rue de l'Atlas Maârif - Casablanca
tél.: 0522 23 45 75 - 0522 23 08 74
Mobile: 06 67 77 73 77

Date de consultation :

01.12.2023

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Enfant

Nature de la maladie :

DERMATOLOGIE
Casablanca

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces 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 : CASABLANCA

Le : 26/02/2024

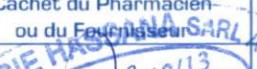
Signature de l'adhérent(e) :

LOCATELLI Colette
Dermatologue
5, rue de l'Atlas Maârif - Casablanca
tél.: 0522 23 45 75 - 0522 23 08 74
Mobile: 06 67 77 73 77

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
01.12 23		4	300000	INP: 091094979 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
 Tél: 05.22.65.02.44	01/12/23	327.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																	
				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				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession</p>				H			G	D			B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
H			G																		
D			B																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	35533411	11433553				B			G	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
H	25533412	21433552																			
	00000000	00000000																			
D	35533411	11433553																			
B			G																		
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur LOCATELLI Colette

Dermatologie - Vénérologie
Médecine Esthétique

Diplomée de la Faculté de Médecine
De BESANCON

Spécialiste des Maladies de la Peau
et du Cuir Chevelu



Casablanca le: 1.12.23

ن - 10 Rue. AZAMI

فلافل

- لعجائب -) كلاليه انداز ملابس
- لعجائب -) Skincare lotion II.

210,00

لعله
مرادك
عندهم

لهم ١٥٠

لهم

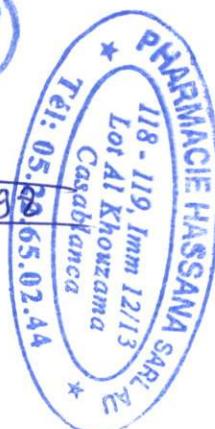
مرادك
لهم
لهم

لهم

لهم ألم | رغب



11159



CLENIDERO

20,00



aeris



Amiherz (155)
Amiherz (153)

asell

SO12 (82)
Amiherz (82)

asell



22,70 x 2

BAYWTENE



SO12 (82)
Amiherz (82)

Siège -

fee auct

fee nette Ciclofate
auct = SO12
(100)

51,70



- aeris = lefem. (155)

cp

327,10

Dr. LOCATELLI Colette
Dermatologue
45, rue del'Atlas Maârif - Casablanca
Tél.: 0522 23 45 75 - 0522 23 08 74
Mobile: 06 67 77 73 77

أيريوس®
5 ملغ

أقراص ملمسة

ديسلوراتادين
عن طريق الفم

15 أقراص
ملمسة

AERIUS® 5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine
voie orale

15 comprimés
pelliculés



MSD

LOT: 113-1
PER: JUN 2025
PPV: 51 DH 70