

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



Déclaration de Maladie

N° W21-827069

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6612

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : BENOSMANE AZZEDDINE

Date de naissance : 17-06-1961

Adresse : 6 Rue TBN HAJAR + pp FNE-AGDAL IRA

Tél. : 06 61 48 66 94

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Mohssine GHFIR
Dermato - Vénérologue
Angle Av. Oqba, Rue Oum Rabie
Agdal - Rabat
Tél : 05 37 77 00 72 / 05 37 77 00 72

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/03/2024

Nom et prénom du malade : BENOSMANE AZZEDDINE

Age : 21 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Acne

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 : 08 AVR 2021

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/03/2024

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-827069

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

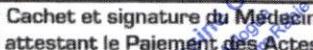
Matricule :

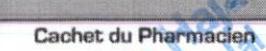
Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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
09 03. 2024	es		300,00	INP : 101100-3333 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Signature : 102032497	09/3/24	298,70

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

VIOLET ADHERENT

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

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 : <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"/>													
	OD.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>26533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	26533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H	26533412	21433552													
		D	00000000	00000000													
		B	00000000	11433553													
		G	35533411														
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

Docteur M'hamed Ghfir

Ancien spécialiste en dermatologie à l'hôpital
 Militaire D'Instruction Mohamed V de Rabat
 Dermatologue - Vénéréologue
 (Femmes - Hommes - Enfants)
 Spécialiste des maladies de la peau, des cheveux, des ongles
 Spécialiste des Infections Sexuellement Transmissibles
 Chirurgie Dermatologique

الدكتور محسن غفير

طبيب أخصائي بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط
 أخصائي في الأمراض الجلدية والتتناسلية
 (نساء، رجال، أطفال)
 أخصائي في أمراض الجلد والشعر والأظافر
 أخصائي في الأمراض المتنقلة جنسياً وجراحة الجلد

Rabat le: 09 - 03 - 2024 الرباط في:

Mme Ghfir BENOSTHANE

6+3230

1. longueuse 100

au coeur pime par jour (03 mois)

2. Différente crème

67,80

chaque soir

Viilage

3. Febrenox hydro

chaque matin

32,10

4. fucodine crème

29,81,70

02 fûs par jour (10 jours)
 lessive au front et rétine

5. capifun 50x

Tous les 02 heures & solut

Dr M'hamed Ghfir
 Dermato - Vénéréologue
 Avenue OQBA et Rue Oum RABIE, Résidence Argana, Apt. 8 2 ème Etage - Agdal - Rabat (devant la Pharmacie Oqba)
 Tel.: 05 37 77 00 72 / 05 37 77 00 72

ملتقى شارع عقبة و زنتة أم الربيع إقامة أركانة، رقم 8 ، الطابق الثاني - أكدال - الرباط أمام صيدلية عقبة الهاتف: 05 37 77 00 72 (النقطة: 72)

Angle Avenue OQBA et Rue Oum RABIE, Résidence Argana, Apt. 8 2 ème Etage - Agdal - Rabat (devant la Pharmacie Oqba)

Tél: 05 37 77 00 72 - GSM: 06 52 74 74 76 E-mail: mghfir@hotmail.com

DIFFERINE 0,1 %
crème, tube de 30 g
AMM N° 291 DMP/21/NCV
PPV: 67,80 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.M. 1,27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 070206

فوسيدين® 2%
كريم أنيوب من 15 غ

→ 37,10

PPV 32 DH 30
PER 01/20
LOT N209

PPV 32 DH 30
PER 01/20
LOT N209

PPV 32 DH 30
PER 01/20
LOT N209

PPV : 32 DH 30
PER 11/25
LOT M3846

PPV 32 DH 30
PER 01/26
LOT N209

PPV 32 DH 30
PER 01/26
LOT N209