

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *FAILALI KHAIID*

Date de naissance : *18/09/1961*

Adresse : *OFFABIANA*

Tél. : *0661106087*

Total des frais engagés : *320.04*

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *12/3/2024*

Nom et prénom du malade : Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *Dysmalaie*

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : *CASABLANCA*

Le : *18/04/2024*

Signature de l'adhérent(e) : *J. Q.*

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
12 3	o		300.00	12/03/2017 M. 03 23 05 17 Mobile: 0910949211
20				

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Bachet et Sidoufure du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur LOCATELLI Colette

الدكتورة كوليت لوكاتيلي

Dermatologie - Vénérologie
Médecine Esthétique

خريجة الطب ببرنسون - فرنسا

Diplômée de la Faculté de Médecine
De BESANCON

اختصاصية في أمراض الجلد

Spécialiste des Maladies de la Peau
et du Cuir Chevelu

و الشعر و الأمراض التنسالية

طب التجميل

Casablanca le: ٢٣٢٤

ن. زاراشي آدلا

CLAREUX

آدلا

= ١٤٧١٤٨٠

آدلا ٤٠٠م. plt ٤٠م

ف

١٤٧١٤٨٠

plt ٤٠م

Cent ٤٥ ٣٢

- retacoph 0,025

74,30 x 2

= reg.

mercredi-
Samedi

lundi



PHARMACIE ZERBIB-SCHNEEBERG

21 RUE DE POMMARD

75012 PARIS 12E ARRONDISSEMENT

Tel : 01 53 33 0102

N : 752039537

Delivrance : 09/04/24

N FS: 67848

Util: SE RC:

1 x 3400921658286 CLARELUX 500ug/g Mse cuta fl pressu

10100121 BR 8,42 0 %HD 1,02 PU 9,44

1x Honoraire medicament remboursable

BR 0,51 0 %HD 0,00 PU 0,51

RD 0,00 E RC 0,00 E Ass 9,95 E Total 9,95 E

- KETODERM Célio

25,30 x 4



24,9,80

24,9,80 Angle

SO12

l'acide

Zoso

23,9,70



Célio SO⁺

AR



= ratée

tout le long

V

PHARMACIE ZERBIB

21, rue Pommard

75012 PARIS

Tél.: 01.53.33.01.02

0,90 0,00 E 0,00 E 0,00 PU 0,51

2x 0,51 0 %HD 0,02 PU 0,51

Honoraire medicament remboursable

0,44 0,00 E 0,00 E 0,00 PU 0,51

CL0097587 BR 8,42 0 %HD 1,02 PU 9,44

1 x 3400921658286 CLARELUX 500ug/g Mse cuta fl pressu

10100121 BR 8,42 0 %HD 1,02 PU 9,44

N FS: 66297 Util: I RC:

RD: 0,51 0 %HD 0,02 PU 0,51

Delivrance : 27/03/24

Prescr: 27/03/2024

N : 752039537

MEDECIN FICTIF

Tel : 01 53 33 0102

01/02/2016

75012 PARIS 12E ARRONDISSEMENT

01/02/2016

21 RUE DE POMMARD

MAROC X

PHARMACIE ZERBIB-SCHNEEBERG

MAROC X

01/01/2016

MEDECIN FICTIF

Prescr: 09/04/2024

RD: