

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.

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° W19-444555

MD: 43139

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

02583

Société :

Koulil, Autre : *Getante*

Nom & Prénom :

Koulil Abdallah

Date de naissance :

et oct 56

Adresse :

16, Rue Sodain El CASIR ANFA Casablanca

Tél. :

0619600003

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Dr. ZAÏD Selma
DERMATOLOGIST GENERALIST
Angle de la rue Oumaima et rue Allal Ben Abdellah
6ème étage Appart N° 2 (Quartier)
Casablanca 20000 Tél. 05 22 39 84 09 - GSM: 06 70 12 22 22
Fax: 05 22 39 84 09

Date de consultation :

20/01/2017 Age:

Nom et prénom du malade :

Koulil Ben Abdallah

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Eczema

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 :

20/01/2017 Le : *21/01/2020*

Signature de l'adhérent(e) :

Hamid

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
15/8/2022	CR/BS/AM	1	INP : 111111111111	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALIA HAD SOUALEM Dr. ABDY-SEYGRINE Médical Alia - HAD SOUALEM	15/08/2020	253,40 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

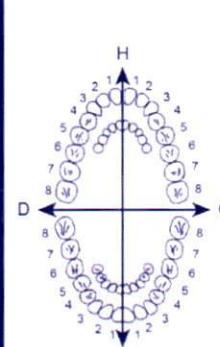
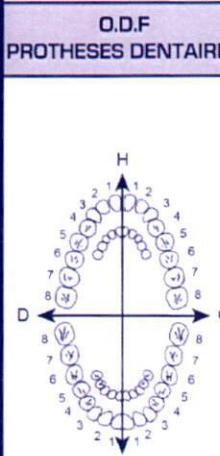
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	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 style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412 00000000	G	21433552 00000000	D	00000000	B	00000000		35533411		11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412 00000000	G	21433552 00000000													
D	00000000	B	00000000													
	35533411		11433553													
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

Docteur Selma ZAID

DERMATOLOGUE - VÉNEROLOGUE

Diplôme de l'Université de Bruxelles (ULB)
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Lille
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Spécialiste des Maladies de la peau,
Sexuellement transmissibles.
Chirurgie des Cancers cutanés
Comblement des rides - Botox
Tests Allergies - Peau

الدكتورة سلمى زايد

طبيبة الجلد و الأمراض الجنسية

خريجة جامعة بروكسل للطب
مقسمة سابقة بمستشفيات باريس ويل
إختصاصية في أمراض الجلد، الشعر والأظافر
والحساسية والأمراض المتنقلة عبر الجنس
سرطان الجلد، الجراحة التجميلية
الازير وزرع الشعر
تحاليل حساسية الجلد

15/08/2020



Rim, Banki:

12, x 2 = 24h
① Betnovate pomade 2x1/17g

(2 tubs)

② Paracougar Avene (antiseptique aux aisselles entre jambes et aux pieds.)

19,60 x 2 = 39,20

③ Dr - aine forte

2x1/17g | 3

(mettre avec pinceau
telle d'huile).

pls 13 x WS (6 April) .-

Dr SELMA ZAID
DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE
Rue Ibn Yahia al Ifrani 1er étage
Casablanca
Tél.: 05 22 39 84 09 - 05 22 39 41 41
Fax: 05 22 39 84 09 - 05 22 39 41 41
Email: dr.selmazaid@gmail.com

PPV: 49,60 DH
LOT: 20D06
EXP: 04/2023

PPV: 49,60 DH
LOT: 20D06
EXP: 04/2023

Résidence Star younès, 1^{er} étage, App. N°2, Angle Rue Ibn Yahia al Ifrani et Rue Oumaima Sayah
(à côté du resto Toscana) - Q. Racine - Casablanca - Tél.: 05 22 39 84 09 / 05 22 39 41 41

E-mail : dr.selmazaid@gmail.com

46, ④ Béthadine mousse avec
gel réactif (rincer 5 minutes
après avoir dérincé à l'eau).



84,20

⑤

Ketoderm sachet
1 sachet (5 ml)

⑥ aquanera NORÉVA légè

~~DR ZAÏD Selma~~
~~DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE~~
~~Sous les Rêves Yahia Attoussi et~~
~~Jumainna Sayeh Imim. Sidi Bouzid~~
~~1er Etage Appt. N° 2 (Quartier 1) - 10~~
~~Tel/Fax: 05 22 39 24 00 - GSM: 06 70 13 51 19~~

Total: 253,40 dh.

صيدلية العالية 2 سوالم
Pharmacie Alia 2 SOUALEM
Dr.ANAS BEYGRINE
Lot: iscomest Alia - HAD SOUALEM

(pas de gel doux)
pas d'assouplissants)