

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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

N° D: 43139

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03583 Société : *Reboute*

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre

Nom & Prénom : Boukili ABDALLAH

Date de naissance : 16/05/56

Adresse : 16, Rue SADDAN EL KABIR ANFA CAS

Tél. : 0619600003 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *Dr. Zaid Selma DERMATOLOGUE*

Date de consultation : *Boukili Rin*

Nom et prénom du malade : *Boukili Rin* Age : 1997

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : *eczéma*

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 : 15/08/2020

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
15/8/2020				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALI SOUALEM Dr. ALI SOUALEM 10, rue de la République - ALGER	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	

RELEVÉ 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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Selma ZAID

DERMATOLOGUE - VÉNÉROLOGUE

Diplômée 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
طببة الجلد و الأمراض الجنسية

خريجة جامعة بروكسيل للطب
مقيمة سابقة بمستشفيات باريز و ليل

إختصاصية في أمراض الجلد، الشعر و الأظافر
و الحساسية و الأمراض المنقولة عبر الجنس
سرطان الجلد، الجراحة التجميلية
الازير و زرع الشعر
تحاليل حساسية الجلد

صيدلية العالية 2 سولالم
Pharmacie Alia 2 SOUALEM
Dr. ANAS BEYGRINE
Lot: Soualem 1112 - 940 SOUALEM

Casablanca, le

15/08/2020

LOT: 0230
PER: AVR 2023
PPV: 12 DH 00

LOT: 0230
PER: AVR 2023
PPV: 12 DH 00

Rim, Souk:

12, x 2 = 24
① Betnoral pommade 2x1; 17
(2 tubs)

② Pains ougras Arène (autour
aux aisselles,
entre jambes et aux pieds).

19,60 x 2 = 39,20

③ D - une forte
1x / semaine / 3

PPV: 49,60 DH
LOT: 20006
EXP: 04/2023

PPV: 49,60 DH
LOT: 20006
EXP: 04/2023

(mettre une petite
telle d'olive).

ps 1x / 15j / 3x
(6 appls).

46, (4) Betradine moussant
1x/soir (rincer 5 minutes
après avoir se rincer à l'eau).

84,20 (5) Ketanum sachet
1 sachet (soir)

(R) (6) aquanera NOREVA légère

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QJ Zenata Ain sebaa Casablanca
Ketoderm 2% gel, 38 sachet
P.P.V : 84,20 DH
5 118001 181490

Dr. ZAÏD Selma
DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE
Boulevard des Rues Yahia Aït Toudi et
Jumaina Sayeh Imm. Sidi el Hachem
1er Etage Appt. N° 2 (Quartier 4 - 20000)
Tel/Fax: 05 22 29 24 09 - GSM: 06 70 13 31 19

Total: 253,40 dh.

صيدلية العالية 2 سوالم
Pharmacie Alia 2 SOUALEM
Dr. ANAS BEYGRINE
Lotissement Alia - HAD SOUALEM

(pas de gel douche.
pas d'assouplissants).