

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

- Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 0014306

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 32 63 Société : 16529

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HARCHACHE BOUCHAÏB Date de naissance : 01/10/57

Adresse :

Tél. 0649504193 Total des frais engagés : 696,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09 JAN 2020

Nom et prénom du malade : HARCHACHE BOUCHAÏB Age : 62

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

Nature de la maladie : Consultation MUPRAS

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 : 09 JAN 2020

Signature de l'adhérent(e) :

103

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
09 JAN 2020	CS		250 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

09/01/2020 446,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

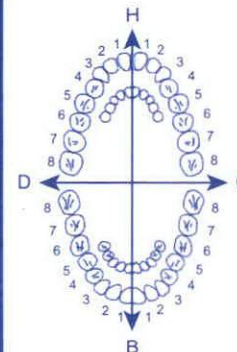
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

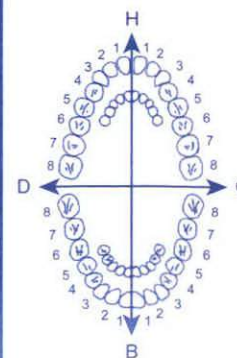
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Lamia Oudrhiri

Dermatologue - Vénérologue
Dermatologie Générale Adulte et Enfant
Maladies Sexuellement Transmissibles
Dermato-Allergologie
Dermatologie Esthétique - Lasers

DIU Européen des Lasers Médicaux Paris VI

DIU de Dermatologie Esthétique Versailles St Quentin

DIU de Dermatologie Chirurgicale Versailles St Quentin

DIU des Techniques d'Injections (Botox, Comblement) Nice

DIU de Dermatologie Pédiatrique Nice



الدكتورة لمياء ودغيري

أخصائية الأمراض الجلدية و التناسلية
أمراض و جراحة الجلد و الشعر و الأظافر
الأمراض المنقولة جنسيا - حساسية الجلد
الطب التجميلي (تقشير - بوطكس - فيلرز)
العلاج بالليزر (إزالة الشعر و الوشم و الندوب)
الدبلوم الجامعي في العلاج بالليزر من جامعة باريس
الدبلوم الجامعي في طب التجميل من جامعة فرساي سان كونتان
الدبلوم الجامعي في جراحة الجلد من جامعة فرساي سان كونتان
الدبلوم الجامعي في الحقن التجميلي للبوطكس و الفيلرز من جامعة نيس
الدبلوم الجامعي في أمراض الجلد عند الأطفال من جامعة نيس

Casablanca, le :

09/01/2020

Monsieur HARCHACHE BOUCHAIB

1) MEDILEN CREME HYDRATANTE 250 ML

1 fois le matin sur les lésions des membres 02 mois

2) LIPIKAR GEL LAVANT 200ML

à rincer visage et corps

3) PREPARATION

CORPS/ 1 fois le soir 15 jours sur les lésions du pied puis 1soir sur deux 20 jours puis 2 fois par semaine le soir 01 mois

4) ICAM

1 cp le soir apres repas 14 jours



N° 122317

Vaseline simple : 100 g
- skinatic pauvre : 3 tubes
- Dermal creme : 2 tubes
- Afta Lincylipine : 3 g

Pharmacie MENJRA
Dr. MENJRA Samir
16, Angle Bd. Hassan II - Casablanca
Hay Hassani - Casablanca
Tel : 05 22 89 50 05

LOT n° :
EXP : 45,20
PPV :

☒ valable 3 mois

09 JAN 2020
Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

BOUCELA HAZ CHAUE

Présente

Dermatose chronique Psoriasis Vulgaire

Nécessitant un traitement d'une durée de :

6 à 12 mois Traitement local

- Biopie envisageable si besoin de passer à un
traitement systémique (retinés, méthotrexate)

Dont ci-joint ordonnance :

Mr OUBOU AL LAMIA

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dermatologue - Dermatologue