

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- 0019209

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) **(21317)**

Matricule : **2279** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **BEN TAKHLOUF RACHID** Date de naissance : **29/03/54**

Adresse : **294 ANASSER 2 NASSER RD RAS**

Tél. : **0601 311829** Total des frais engagés : **1083,90** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **07/02/2020**

Nom et prénom du malade : **BEN TAKHLOUF RACHID** Age : **64**

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

Nature de la maladie : **Onco-Ren-yeux**

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 : **Tanakhoul**

Le : **07/02/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

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
07/02/20	CS		250,000H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

07/02/20 833,20 DHs

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

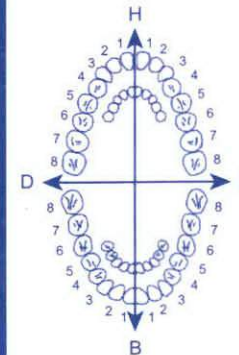
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O

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

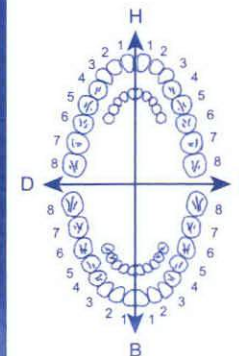
D 00000000 G

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



Cabinet de Dermatologie Médicale, Chirurgicale et Esthétique

Dr. Hanane ATARGUINE

الدكتورة حنان أترݣين

Ordonnance

Marrakech, Le

07/02/2020

Tr. Acrid BEN TAKHLUF

199,00
11

x2(+)

Tafin Acrid 199,00



89,00
21

Sedolone 89,00



to Pitt 199,00

39,70
31

Froidin 39,70



2x1

[Enroper du Pied 6x]

12, Résidence ISIS 6, Route de Targa, Rue du Capitaine Arrigui, 2ème étage
(à proximité du Café la Flamme), 40000 Marrakech

إقامة ISIS 6, قرب مقهى la Flamme, طريق تاركة, زنقة الكابيتان أريݣي, الطابق الثاني رقم 12, جليز مراكش
Tél: 05 24 42 08 72 - Gsm: 06 72 69 17 77 - E-mail: hananeatarguine@gmail.com

49,00⁴¹ Thyroderm Patch
x21 Patch
[en intercalaire]



84,20⁵¹ Ketoderm patch
2x2cm



[Patch sur l'oreille droite]

1 Chaux

174,00⁶¹ Cicapatch com m2h
Antibio



833,90

Dr ATARGUINE HANANE
Chirurgien dentiste
Membre de l'Ordre des Dentistes
Chirurgiens Dentistes de Targuine
Rue du Capitaine Arrouy - Marrakech

MYCODERME® 1%

Poudre dermique
Nitrate d'éconazole

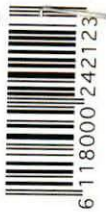
LOT : 08219026
PER : 10/2024
PPV : 49,00 DH

Usage externe

Flacon de 30 g



Terfine® 250 mg Promopharm
Terbinatine



250
مغ

ترفين
بروموفارم

ترينينافين

عن طريق الفم



28
قرص



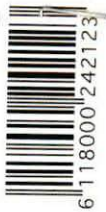
199,00

LOT 19009

PEH 7/22

PPV 199DH00

Terfine® 250 mg Promopharm
Terbinatine



250
مغ

ترفين
بروموفارم

ترينينافين

عن طريق الفم



28
قرص



199,00

LOT 19009

PEH 7/22

PPV 199DH00

Kétoderm® 2% gel en sachet gel moussant

JAB6J00
02-2019
01-2021

Batch :/Mfg.Date/Exp:

Kétoderm® 2% gel en sachet

**Respecter les doses prescrites
Ne pas avaler**

Uniquement sur ordonnance - Liste I

posologie: _____ sachet _____ fois par _____

A conserver à une température
ne dépassant pas 25° C

Maphar 
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Ketoderm 2% gel b8 sachet
P.P.V : 84,20 DH

6 118001 181490

Lire la notice avant utilisation

Tenir hors de la vue et de la portée des
enfants.