

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-528599

5905

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 8342	Société : RAO	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : ATRIB+FOUZIA		
Date de naissance : 03/03/1966		
Adresse : 7 RUE NASSIR ADDINE IN APP 17 RES AL JOURNA RA MAARIF		
Tél. : 05 68 46 66 40	Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
DEEL WADY ZOHRA DERMATOLOGUE 21 Place Charles Nicole n°4 CASABLANCA Tél. 022 27 69 82		
Date de consultation : 28 DEC 2020		
Nom et prénom du malade : ATBIB FOUZIA		
Age : 1966		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :		
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 : 28/DEC/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-528599

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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
28 DEC 2020	C2 DV	1	300,00	INP : 1091060196 Dr EL WADY ZOUBEK DERMATOLOGUE 21 Place Sidiha Nicole n°4 CASABLANCA TEL022 27 69 82

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>CABINET YOUSSEF</i>	02/01/2021	ERG +				800,00
		VC				

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

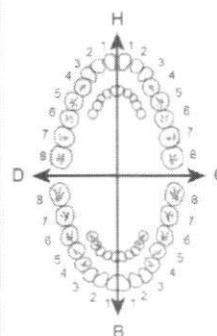
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				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

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	26533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Docteur F.Zohra EL WADY

Dermatologue

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Poitiers (France) - Montréal (Canada)
Ex-Médecin attachée des hôpitaux de Paris

Esthétique - Laser - Cosmétique
(Peeling, Mésothérapie, Botox,
Comblement)



الدكتورة فاطمة الزهراء الوادي

اختصاصية في أمراض الجلد، الشعر والأظافر

خريجة كلية الطب بيواتي (فرنسا) - مونتريال (كندا)

طبيبة سابقاً بمستشفيات باريس فرنسا

طب التجميل

الليزر

علاج التجاعيد

28.12.2020

Casablanca, le :

الدار البيضاء، في:

- Examen ophtalmique visuel
de couleur pour traiter
au long d'une parodontal
cutanée et pulmonaire -
par Hydroxychloroquine

CABINET DOCTEUR ZOHRA EL WADY
Dr. Zohra EL WADY
Dermatologue
21 Place Luis Pasteur
Casablanca - Maroc

Youssef Kassimi Alami

Orthoptiste

Diplôme universitaire de la faculté de Médecine Lariboisière à Paris

Le 02/01/2021

EXAMEN D'ELECTRORETINOGRAMME ET
TEST DE VISION DES COULEURS 100 HUE
DE Mme ATBIB FOUZIA

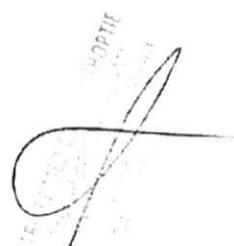
Vu sous éclairage " lumière du jour "

CONCLUSION :

Le test de couleur 100 HUE et l'examen d'electrorétinogramme sont normaux, absence de dyschromatopsie acquise.

Donc, il n'y a pas une contre indication de continuer le traitement par APS.

BIEN A VOUS



de gauche

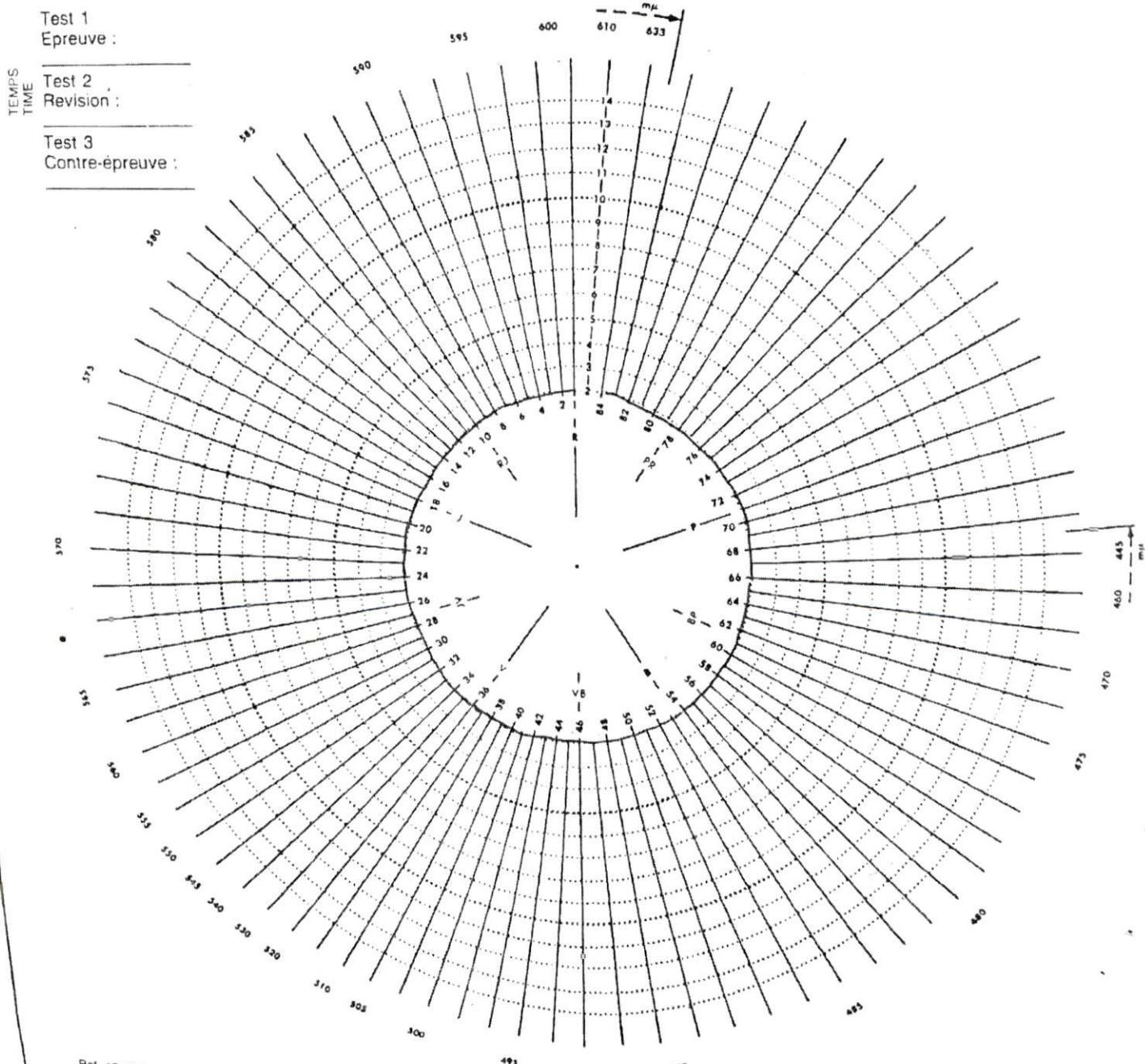
TEST DE FARNSWORTH 100 HUE
FARNSWORTH 100 HUE TEST

Nom ATB/B Fouzia
Name

Age 55

Date 02/01/2021

85	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	
43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	
64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	



Docteur F.Zohra EL WADY

Dermatologue

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Poitiers (France) - Montréal (Canada)
Ex-Médecin attachée des hôpitaux de Paris

Esthétique - Laser - Cosmétique
(Peeling, Mésothérapie, Botox,
Comblement)



الدكتورة فاطمة الزهراء الوادي

اختصاصية في أمراض الجلد، الشعر والأظافر

رسنة طلبه الطبي بمونتريال (كندا) - مونتريال (كندا)

طبيبة سابقاً بمستشفيات باريس فرنسا

طب التجميل

الليزر

علاج التجاعيد

Casablanca, le :

دار البيضاء، في :

28.12.2020

Mme ATBIB Fouzia

1 DIPROLENE

1 application x 2 par jour x 15 jours
puis 1 application / jour x 15 jours

2 PLAQUENIL 200 mg cp pellic : Plq/30

1 le matin et le soir, pendant 3 mois.
x 3 mois

Dr EL WADY ZOHRA
DERMATOLOGUE
21 Place Notre Dame
CASABLANCA
TEL 022 27 69 82

livré le 15/1/2021, 02 Bts Advaquieil 200 mg

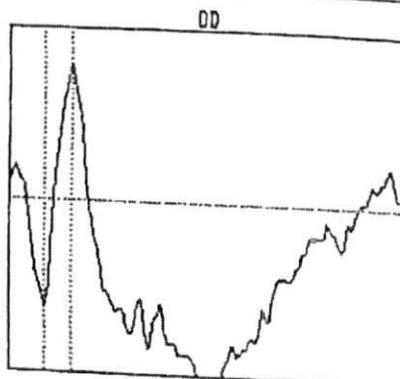
EXAMEN DE M :

Pratiqué le :

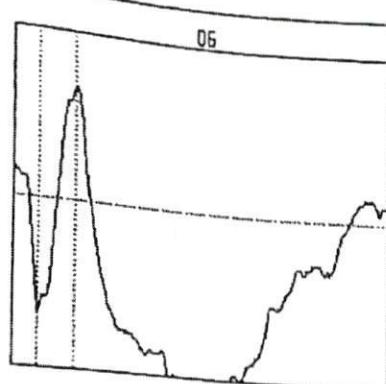
E.R.G ODG BLANC

Fenêtre : 250 ms

cur. tps. ampl.
n° msec uv
c:1 22 -25
c:2 39 30
c:3
c:4
c:5
c:6



cur. tps. ampl.
n° msec uv
c:1 16 -27
c:2 40 26
c:3
c:4
c:5
c:6



commentaire:

EXAMEN DE M :

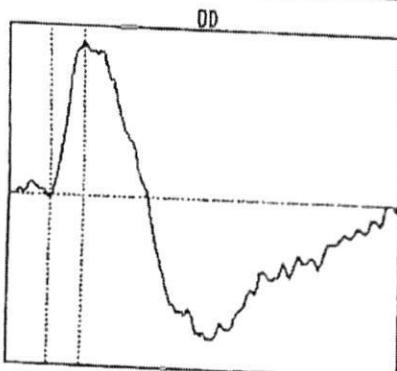
Pratiqué le :

Serene Spectral

E.R.G ODG BLEU

Fenêtre : 250 ms

cur. tps. ampl.
n° msec uv
c:1 26 -1
c:2 47 35
c:3
c:4
c:5
c:6



cur. tps. ampl.
n° msec uv
c:1 26 -1
c:2 49 31
c:3
c:4
c:5
c:6

commentaire:

EXAMEN DE M :

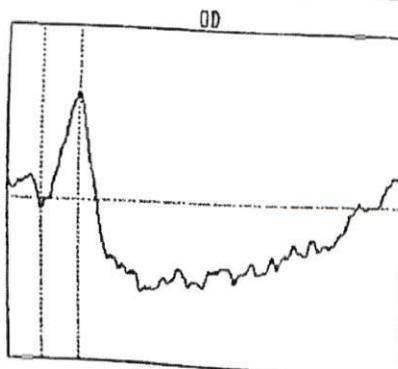
Pratiqué le :

Serene Spectral

E.R.G ODG ROUGE

Fenêtre : 250 ms

cur. tps. ampl.
n° msec uv
c:1 21 -3
c:2 44 24
c:3
c:4
c:5
c:6



cur. tps. ampl.
n° msec uv
c:1 21 -3
c:2 41 26
c:3
c:4
c:5
c:6

commentaire:

Serene Spectral

Youssef Kassimi Alami

Orthoptiste

Diplôme universitaire de la faculté de Médecine Lariboisière à Paris

Le 02/01 /2021

FACTURE GH67

Mme ATBIB FOUZIA

ERG + VISION DES COULEURS : 800 DHS

Total : 800 DHS

Arrêté à la somme de huit cent dirhams



A handwritten signature in blue ink, reading "YOUSSEF KASSIMI ALAMI" in a stylized, cursive font. The signature is oriented diagonally from the bottom left towards the top right.