

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-604900

CA

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 10452	Société : RAT		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ELAYI RAOUFI		SETTY	
Date de naissance : 1975			
Adresse :			
Tél. : 0661149714		Total des frais engagés : 717,9 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 30 AVR. 2021	
Nom et prénom du malade : M. ELAYI RAOUFI	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Dermatose	
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 : 25.04.2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-604900

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 10452
 Nom de l'adhérent(e) : ELAYI RAOUFI SETTY
 Total des frais engagés : 717,9
 Date de dépôt : 29/04/2021

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
26.01 21 2-3 27	c c		250,- G	INP : 091094993 <i>INP 091094993</i>

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
TELE 05 22 98 47 22 75, RUE DE LA HUIL - 75011 PARIS DOCTEUR PHARMACIE DU 22/01/2014		361,70
PHARMACIE DU 22/01/2014		106,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

VIOLET ADHERENT

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

RÉCEIVE 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412 21433552		00000000 00000000		D		00000000 00000000		35533411 11433553		B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																		
25533412 21433552																		
00000000 00000000																		
D																		
00000000 00000000																		
35533411 11433553																		
B																		
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

Docteur LOCATELLI Colette

Dermatologie - Vénérologie
Médecine Esthétique

Diplômée de la Faculté de Médecine
De BESANCON

Spécialiste des Maladies de la Peau
et du Cuir Chevelu

الدكتورة كوليت لوكاتيلي

خريجة الطب ببىزنسون - فرنسا

اختصاصية في أمراض الجلد

و الشعر و الأمراض التنايسية

طب التجميل

Casablanca le: 25.2.21.

R. Dr. ANNEA Seltiy



- ۰۴ کوچک روغنی راتنی ۶۰۰ =
۰۵۰۰



- ۰۴ کوچک آمیزی سویر ۶۰۰ =
۰۵۲۰



- BETNOVAL پمپلک
۱۰۰۰
۱۰۶.۰۰

SOIR (۸۰)
نور نور (۸۰)
ناع ماء -



Egypten
36/18

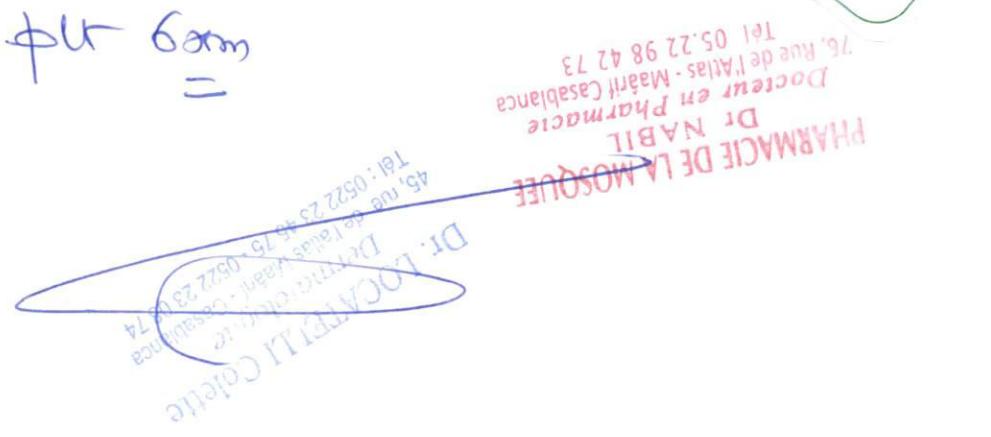
↳ Neukuhir Sfren
deutsch gel " "
skandinavien



Nom / nom - le veille du départ -

phi 6mm

=



Docteur LOCATELLI Colette

Dermatologie - Vénérologie
Médecine Esthétique

Diplômée de la Faculté de Médecine
De BESANCON

Spécialiste des Maladies de la Peau
et du Cuir Chevelu

الدكتورة كوليت لوكاتيلي

خريجة الطب ببزنسون - فرنسا

إختصاصية في أمراض الجلد

و الشعر و الأمراض التناسلية

طب التجميل

Casablanca le,: ٢٥ ٢٢١.

ن - ECRANARDS Settey

٤٠٣١
- Age protect crème jour, night
soir matin ()

٤٤١.
- Dentifrice à la menthe
le Rock Soap spoon
savon au miel
à la soie,

١٠٤٩١
* GLOBAL Repair flap
cream = savon au miel
gelatin unge 104

45, Rue de l'Atlas - Maârif - Casablanca - Code Postale: 20330 - Tél.: 0522 23 45 75/23 08 74 - Mobile : 06 67 77 73 77
06 67 77 73 77 - زنقة الأطلس - معاريف - الدار البيضاء-رمز البريد : 20330 - الهاتف : 0522 23 45 75/23 08 74 - المحمول : 06 67 77 73 77

E-mail : locatellocolette@yahoo.fr

258. Sensorine AR
* Cere (SUR)
Rateu

sensorineal
area.

330.

* SUN SING Area
Rateu / 4.

Dr. LOCALIZJU Caglione
Dermatologist - Cosmetic Surgeon
45, Rue de l'Abbaye - Msida - 231874
Tel: 00356 234575 - 00356 231874

Docteur LOCATELLI Colette

الدكتورة كوليت لوكاتيلي

خريجة الطب ببزنسون - فرنسا

إختصاصية في أمراض الجلد

و الشعر والأمراض التناسلية

طب التجميل

Casablanca le: 234

A - ER ANNA BETTY

Naar rechts
Dreieck = Winkel-
winkel

Repaired by Mr. Cheeke yesterday
— September 2005

- EXODERI Bleulin See colon life

See color section
15. The Berlin Conference
16. The Berlin Conference
17. The Berlin Conference
18. The Berlin Conference
19. The Berlin Conference
20. The Berlin Conference
21. The Berlin Conference
22. The Berlin Conference
23. The Berlin Conference
24. The Berlin Conference
25. The Berlin Conference
26. The Berlin Conference
27. The Berlin Conference
28. The Berlin Conference
29. The Berlin Conference
30. The Berlin Conference
31. The Berlin Conference
32. The Berlin Conference
33. The Berlin Conference
34. The Berlin Conference
35. The Berlin Conference
36. The Berlin Conference
37. The Berlin Conference
38. The Berlin Conference
39. The Berlin Conference
40. The Berlin Conference
41. The Berlin Conference
42. The Berlin Conference
43. The Berlin Conference
44. The Berlin Conference
45. The Berlin Conference

45, Rue de l'Atlas - Maârif - Casablanca - Code Postale: 20330 - Tél.: 0522 23 45 75/23 08 74 - Mobile : 06 67 77 73 77

45، زنقة الأطلس - معاريف - الدار البيضاء-رمز البريد: 20330 - الهاتف : 08 74 0522 23 45 75/23 08 74 - المحمول : 06 67 77 73 77

E-mail : locateleliolette@yahoo.fr

E-mail : locatellicolette@yahoo.fr