

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.



Declaration de Maladie

N° W21-616630

69410

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08880 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DERFOUFI MOHAMED

Date de naissance : 28-11-67

Adresse : 19/6 AB. Rzyan ou 60

Tél. : 0699870700

Total des frais engagés : 1659,20

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24-12-2021

Nom et prénom du malade : Dergoufi Asmae Age : 54 ans

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

Nature de la maladie : Affection Dermatologique

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ou 60 Le : 28/10/21

Signature de l'adhérent(e) : 21/10/21

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-616630

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule : 08880

Nom de l'adhérent(e) : DERFOUFI

Total des frais engagés : 1659,20

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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
24/03/2021	Contrôle		Gnotuit	INP : 081172843

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Vendeur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SIHAM Mme SMAÏL SIHAM Pharmacienne 119 rue al bouhaz let benmimoun Oujda - Tél: 0536 30 11 46	24/03/21	1659,20

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

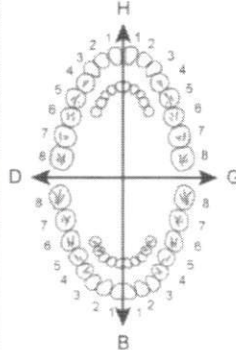
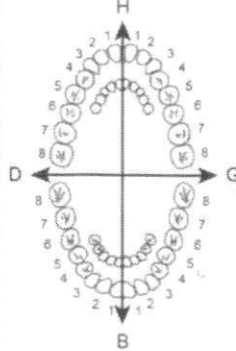
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
	<table> <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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession.			DATE DU DEVIS []														
			DATE DE L'EXECUTION []															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr Hanae Bouzidi

Spécialiste en Dermatologie Médicale, Chirurgicale,
Esthétique et Lasers

- Diplômée en Dermatologie Pédiatrique (Nice)
- Dermatologie Esthétique et Lasers (Lille)
- Manifestations dermatologiques des maladies
du système (Montpellier)



الدكتورة هناء بوزيدي

- اختصاصية في أمراض وجراحة الجلد والشعر والأظافر
- دبلوم العلاج بالليزر و الطب التجميلي (جامعة ليل)
- الأمراض الجلدية للأطفال (جامعة نيس)
- الأعراض الجلدية للأمراض الباطنية (جامعة مونتبليي)

Oujda, le

24/03/2021

DERFOUFI ASMAE

517,00 x 3

- **Curacne 40 mg - capsule molle**
1 capsule, pendant 3 mois au milieu d un repas copieux sous
reserve d un bilan controle ds 1 mois

54,10 x 2

- **Larmabak 0,9% - collyre**
plusieurs fois par jour pour hydratation oculaire

- **BOREADE baume à lèvres**
plusieurs fois par jour

- **Phys-AC Hydra - Crème compensatrice**
pour hydratation du visage

- **Dienille 2 mg / 0.03 mg - comprimé pelliculé**
1 Comprimé 21 j /cycle, arrêt de 7 jours

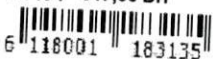
PHOTOPROTECTION+++

PHARMACIE SIHAM
Mme SMAAL Siham
Pharmacienne
119 rue al bouazizi benmiloud
Oujda - Tél: 0536 50 11 46

T. 1659, 20

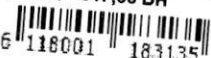


Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Curacne 40mg cap molle b30
P.P.V: 517,00 DH



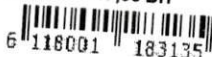
6 118001 183135

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Curacne 40mg cap molle b30
P.P.V: 517,00 DH



6 118001 183135

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Curacne 40mg cap molle b30
P.P.V: 517,00 DH



6 118001 183135

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV: 54,10 DH



6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable: Mme Amina DAOUDI