

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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



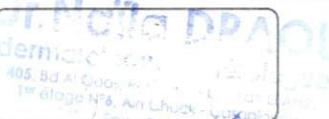
Déclaration de Maladie

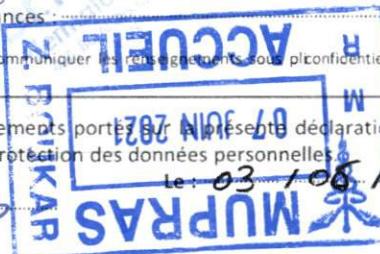
N° W19-481704

73272

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 : 12669		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ASMA BARIOL			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0668 24 31 28		Total des frais engagés : 890,70 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 04/03/2021			
Nom et prénom du malade : Daniel ASMA Age: 35 ans			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : infection urinaire			
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 : 03/08/2021
 Signature de l'adhérent(e) : 


VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie N° W19-481704	
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 :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

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
04/03/2021		5300 54		INP :  Dr. Nafaa Dabah Dermatologue vénéréologue 46 Avenue Hassan II Boulevard Hassan II Casablanca - Maroc Tél : 05 22 59 07 09 Fax : 05 32 21 60 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 TE PHARMACIE GOURGOUR Centre commercial Assakoura Gourgour Assakoura - Casablanca 2021 Tél: 0522 59 07 09	04/03/21	550,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

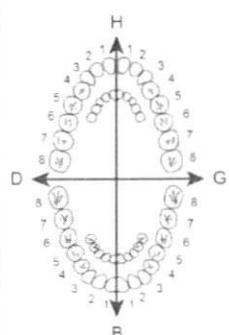
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

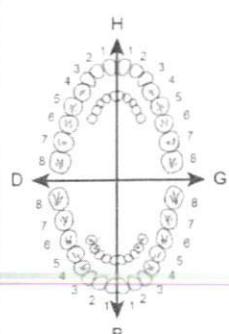
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



Docteur Naila DRAOU

Dermatologue Vénérologue

Doctorat et spécialité à la Faculté de Médecine de Casablanca
Diplôme de cosmétologie - Médecine Esthétique et Lasers à
la Faculté de Médecine de Besançon (France).

Peau - ongles - cheveux - médecine esthétique - chirurgie - épilation et traitements lasers

Casablanca, le : 04.10.31.22.1

Madame, Monsieur : N - Bonyil Ame

83,60

(1) Valex 500 g



45,00

(2)

Zavinec (c)



28/1 J à la fin à
l'apparition de l'Herpes

39,70

(3)

Fucilin (c)



l'Herpes

STEP
Centre commercial
GOLF CITY
RDC N° 9
405, Bd Al Qods, Résidence Essakane El Anik, Casablanca
Tél: 05 22 59 07 99

84,20

(4)

Ketoderm

(soakt)

15 ml agr 70 m

et lave les 2 fois

en peau nacrée

405, Bd Al Qods, Résidence Essakane El Anik, 1^{er} étage N° 6, Ain Chok - Casablanca

Tél.: 05 22 21 60 00 / 05 22 21 21 08 - E-mail : drdraounaila@gmail.com

شارع القدس، إقامة السكن الانبيق، عمارة 405، الطابق الاول رقم 6 - الدار البيضاء

86,00
⑤

Dermolix (spray) (C)

1 + 1 J 2 g tél. en
cm F 21 J

149,00
⑥

Spectrum 50 g 8.

1 sp 2 J

102,00

mé le 28

⑦

Dectospray

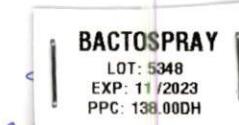
2 x 15

⑧

Fidilin (C)

(C)

590,00



BACTOSPRAY

Solution
antiseptique

sans alcool
incolore

Dr. Naila DRAOU
Dermatologue - Vénérologue
405, Bd. El Qods 1er Etage
N° 6 Aïn Chock - Casablanca
Tél /Fax : 05 22 21 60 00

$\Leftarrow 149,50$

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



6 118001 181490

0 T 1 9 0 1 2
E R 0 2 / 2 0
P V 8 3 D H 6

$\Leftarrow 83,60$

Fuciform 2%
crème Tube de 15 g

$\Leftarrow 39,70$

ID : 644654
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 45,00 DH



$\Leftarrow 86,70$



Note d'honoraires N° : 4416121

A la suite de la consultation du 04/03/2021

Dr Naila DRAOU, médecin spécialiste présente à M

..... Naila ASMA

Domicilié(e) Casablanca 107 Rue Besnier

Suivant l'usage, la note d'honoraires qui s'élève à la somme

de : 300 Dhs , réglée : Espèces, Chèque,

En vous souhaitant bonne réception.

Casablanca, le : 04/03/2021

Dr. Naila DRAOU
Dermatologue
405 Bd Al Qods, Résidence Essakane El Anik - 1^{er} étage N° 6, Ain Chok - Casablanca
Téléphone : 05 22 21 60 00 - E-mail : drdraounaila@gmail.com

405, Bd Al Qods, Résidence Essakane El Anik, 1^{er} étage N° 6, Ain Chok - Casablanca
Patente : 34017974 - IF : 14449999 - ICE : 001678412000015 - INPE : 131072894 - CNSS : 9707409

Tél. / Fax : 05 22 21 60 00 - E-mail : drdraounaila@gmail.com
شارع القدس . إقامة السكن الاننيق . عمارة 405 . الطابق الاول رقم 6 - الدار البيضاء