

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.

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° W19-595069

Mangue
PPV

93440

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

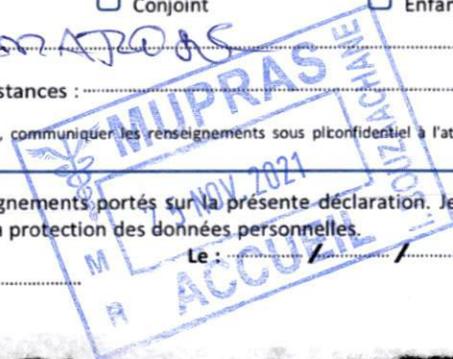
Matricule : AAA20 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : LABYED YOUSSEF
 Date de naissance : 24/03/1974
 Adresse : Boul E12 N°41 Bis - RUE FARABI -
CITE DAKHLA - AGADIR
 Tél. : 0642769671 Total des frais engagés : 50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : EL NATIMI AMAL Age:
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : DERMATOSIS
 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 : Le : / /
 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
			250,00	INP : <input type="text" value="041192488"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/07/2021	52,00

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
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text" value="041192488"/>														
				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 border="1"> <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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																
		25533412	21433552															
		00000000	00000000															
		D	G															
00000000		00000000																
35533411		11433553																
B																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Dr. Souad HANABAL

Spécialiste

en Dermatologie - Vénérologie

Maladies de la peau, des Ongles et des Cheveux

Allergologie et Cosmétologie

Diplôme de Dermatologie Esthétique et Laser

France



المكتورة سعاد حنابل

إختصاصية

في أمراض الجلد الأظافر والشعر

الحساسية والتجميل

دبلوم طب تجميل الجلد والليزر

فرنسا



041192428

أكادير ، في : 21/10/20

EL HATIMI AMAC

BOREADE - crème
soins pour le
visage

Amlix 4
52,00

PHARMACIE LOTY
041192428

حي الداخلة شارع الحسن الأول إقامة الديار 1 الطابق الثاني رقم 204 - أكادير

Cité Dakhla Av. Hassan I, Résidence Dyar 1, 2^{ème} étage N° 204 - Agadir

Tél/Fax : 05.28.29.20.90 - Patente : 48146314 -ICE : 00171209100057

3) Atopicaler Netze
Einschlente

o x d

Docteur Souad HANABAL
Specialiste en
Dermatologie - Vénérologie
Cité Hassan II - Résidence Ouard
2ème Etage N° 14 - AGADIR
Tel : 05 28 29 20 96

AIRLIX[®]

Cétirizine

Handwritten signature
Handwritten circled '1'
15 Comprimés

10
mg

LOT: 145
PER: FEV 2024
PPV: 52 DH 00



PHARMACEUTICAL INSTITUTE



Dr Souad HANABAL

Spécialiste en Dermatologie-Vénérologie
Maladies de la peau, des Ongles et des Cheveux
Allergologie et Cosmétologie



الدكتورة سعاد حنبل

إختصاصية في أمراض الجلد الأظفار والشعر
الحساسية والتجميل

أكادير، في : 27/07/20

NOTE D'HONORAIRE

NOM : EL HANIMA

PRENOM : AMAL

ACTE : CONSULTATION

HONORAIRE : Deux Cent Cinquante Dirhames (250,00 dhs).

Signature
Docteur Souad HANABAL
Specialiste en
Dermatologie - Vénérologie
Cité Dakhla Av. Hassan I, Résidence Dyar1
2eme Etage N° 204 - AGADIR
Tel : 05 28 29 20 90

حي الداخلة شارع الحسن الأول إقامة الديار 1 الطابق الثاني رقم 204 - أكادير
Cité Dakhla Av. Hassan I, Résidence Dyar1, 2^{ème} étage N°204 - Agadir
Tél/Fax : 05 28 29 20 90 - Patente: 48146314 - ICE: 001712091000057