

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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° W19-596060

94086

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : _____

Matricule : 08991 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : _____

Nom & Prénom : AMRI Abdelaziz

Date de naissance : 25-02-69

Adresse : HABITUELLE

Tél : 0661713646 Total des frais engagés : 1103 DM Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Samia OUHAJJOU
Dermatologue - Vénérologue
Tél./ Fax: 05 22 58 47 16

Date de consultation : 28/10/2021

Nom et prénom du malade : Amri Rim Age : _____

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

Nature de la maladie : Dermatoses

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 : 30/11/21

Signature de l'adhérent(e) : *Amri*

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
28.10.21	[CS]		300.00A	INP : 0911244588 Dr. SAHOUHASSI Dentiste - Vénétologie Tél./ Fax: 05 22 55 4 16

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacie ou du fournisseur	Date	Montant de la facture
PHARMACIE H2 Dr. AIL BARRY 326 Lot. N° 5 sm. Quartier NASSIM MA-20190 CASABLANCA Tél/Fax: 05 22 89 05 00 www.ph2o.ma	28.10.21 28.10.21	1592.50 803.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

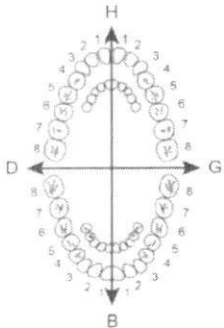
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
				MONTANTS DES SOINS <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
				DEBUT D'EXECUTION <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
				FIN D'EXECUTION <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

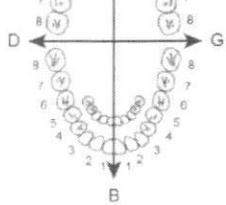
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

		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

Dr. Samia OUHAJJOU

Dermatologue - Vénérologue

Spécialiste des maladies de la peau
de l'ongle et du cuir chevelu

Maladies sexuellement transmissibles

Allergologie et cosmétologie (Laser - Peeling)



الدكتورة سامية أوجو

إختصاصية في أمراض الجلد

الأظافر و الشعر

الأمراض التناسلية

حساسية الجلد و التجميل

Casablanca, le 28 - 10 - 2021 : الدار البيضاء، في

7^{le} Rue Amri

281.00

Thichloro -

10 pulvérisat. 1ml/2
sur le cuir chevelu.

2 296.00
Purisolat lot: 100 chut

10 pulvérisat. 12 12
sur le cuir chevelu.

2 296.00
Dermi solut: chapp aut chut

80310 10 pulvérisat. 12 12
sur le cuir chevelu.

Dr. Samia OUHAJJOU
Dermatologue - Vénérologue

Tél./Fax : 05 22 58 47 16 22 58 47 16

إقامة النعيم، عمارة 7، رقم 4، الطابق الثاني، سيدي معروف، الدار البيضاء
Résidence Naïm, Imm 7, app.4, 2ème étage, Sidi Maârouf, Casablanca

LOT: 21230
PER: 07/2024
PPV: 281,00 DH

(équivalent à **66 mg** de fer)

PPV 25,10 DH
LOT C806 PER 09/25

100 comprimés

PPV:
EXP:
Lot N°:

25,10

VITAMINE C 1g ☒
Boîte de 20 comprimés effervescent

PPV: 26,50 DH



يحفظ بعيدا عن الحرارة
de la chaleur et de l'humidité

PPV: 49,60 DH
LOT: 21H23
EXP: 08/2024

يحفظ بعيدا عن الحرارة
de la chaleur et de l'humidité



VITAMINE C 1g ☒
Boîte de 20 comprimés effervescent
PPV: 26,50 DH

Dr. Samia OUHAJJOU

Dermatologue - Vénérologue

Spécialiste des maladies de la peau
de l'ongle et du cuir chevelu

Maladies sexuellement transmissibles
Allergologie et cosmétologie (Laser - Peeling)



الدكتورة سامية أوججو

إختصاصية في أمراض الجلد

الأظافر و الشعر

الأمراض التناسلية

حساسية الجلد و التجميل

Casablanca, le 28 - 10 - 21 : الدار البيضاء، في

7^h Rem Amu.

49,60



1.

Deer

1 appl à bui / min

100000

3mes.

25,1092



2.

Remafer

2x

3mes

26,5042

3.

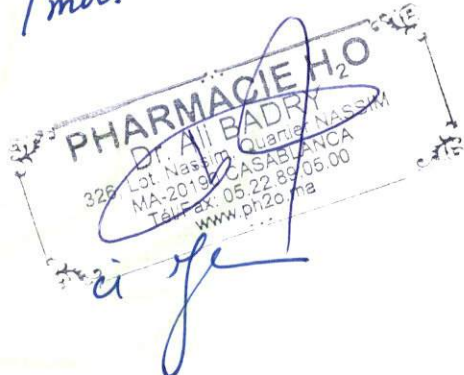
VTC

10000



3mes

T₀ 152,80



Tel./Fax : 05 22 58 47 16

Dr. Samia OUHAJJOU
Dermatologue - Vénérologue
Tél/Fax : 05 22 58 47 16

إقامة النعيم، عمارة 7، رقم 4، الطابق الثاني، سيدي معروف، الدار البيضاء

Résidence Naïm, Imm 7, app.4, 2^{ème} étage, Sidi Maârouf, Casablanca