

# 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.

## **Biologie 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.

## **éducation :**

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 canalaire, 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 canalaire.

## **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

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° M21- 0004655

95443

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 2545 Société : RAM RETRAITE

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : JALIL MOHAMMED

Date de naissance : 01-01-1953

Adresse : 97 RUE SOCRATE MARIF CASA

Tél. : 0670 566416 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/11/2021

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Dentiste

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 : CASA Le : 16/11/2021

Signature de l'adhérent(e) : JALIL MOHAMMED



### 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
16. M 01			256	DR LOUAILLA Ouled N° de Sécurité sociale : 05222345 Date : 16/11/2010

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LAHBABI Abdellatif DE en Pharmacie Av des FAR Khlis Zemoura Tel : 03 34.60.52	16/11/21	210.30

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'odontogramme.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DÉBUT D'EXÉCUTION	FIN D'EXÉCUTION	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXÉCUTION

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 لوکاتيلي

خريجة الطب ببزنسون - فرنسا

اختصاصية في أمراض الجلد

و الشعر و الأمراض التناسلية

طب التجميل



Casablanca le: 16/11/24

أ. جليل . رحمة

2/11/24

S.V.

- ميزابول

30,70, 150 gel 100 gm - 400

Aj

- FUNGILYSE Crème (60)

LAHBABI Abdellatif  
Dr en Pharmacie  
Av des FAR Khmia Zemoura  
Tél: (03)34 80 52

م

1630X32 50,2 - 2005

48,90  
لotion 100 ml  
cette lotion  
off

Aj 2/24

- Oxydugen lotion = lotion

49,00 X 2 = 98,00  
cette lotion  
off

LOCATELLI Colette

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 - الهاتف: 20330 - المحمول : 0522 23 45 75/23 08 74 - زنقة الأطلس - معاريف - الدار البيضاء - مرمي البريد: 45

E-mail : locatelli.colette@yahoo.fr

# My nazol

FLUCONAZOL

150 mg

4 gélules

Voie orale

Lot N° :

Exp :

PPV :



70,40



# MYCODERME® 1%

Poudre dermique  
Nitrate d'éconazole

LOT : 08221004  
PER : 02/2026  
PPU : 49,00 DH

Usage externe

Flacon de 30 g



# MYCODERME® 1%

Poudre dermique  
Nitrate d'éconazole

LOT : 08221004  
PER : 02/2026  
PPU : 49,00 DH

Usage externe

Flacon de 30 g