

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-693776

116549



### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6076

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DHISSE

SALAH EDDINE

Date de naissance :

15/01/56

Adresse :

LOT. NAWRAS

DAR BOUAFZA

Tél. : 0661.183h.66

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

15/01/22

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dernier

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) :



## 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
13.4.2011	90	100	150000	INP : 991096979
90	100	100	150000	

## EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15.5.11	T = 565.50

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
				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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
onctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 لوكاتيلي

خريجة الطب ببزنسون - فرنسا

اختصاصية في أمراض الجلد

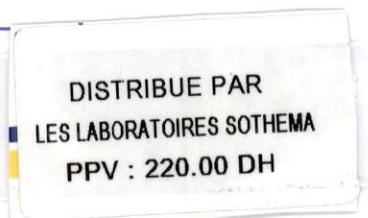
و الشعر و الأمراض التناسلية

طب التجميل

Casablanca le: 15/4/22

D. DHL 220,00

CLOBER S.V. 220,00



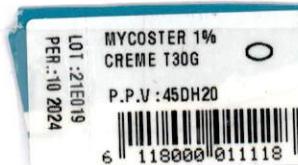
( 200 )

1 sach 120m.

15m envoi avec la livraison.

Clverex

45,20.



- MYCOSTER Creme S.V.

SOTHEMA

( 150 )

1 sach 120m.

45,20

PPV 400DH90 EXP 12/2024  
LOT 18066 31

- ZINASKIN

SOTHEMA

( 20g )



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 ، زنقة الأطلس - معاريف - الدار البيضاء-رمز البريد : 20330 - الهاتف : 0522 23 45 75/23 08 74 - المحمول : 06 67 77 73 77

E-mail : locatellolette@yahoo.fr

## - DIFFERENCE (cont.)

2x 72.5

S. I. na  
vera

Naoki  
Yoshizaki. (son)

300

**DIFFERINE 0,1 %**  
crème, tube de 30 g  
AM/N°: 291 DMP/21/NCV  
PPV: 72,50 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P.N° 1, 27182 Bouksoura - Maroc

(NEGZ)

## - AGOGEN (cont'd)

2x28/9

LOT : 304  
PER : 10/24  
PPV : 28,00 DH

LOT : 294  
PER : 03/24  
PPV : 28.00 DH

## - Acrylic gel 2, 5

2-29-23

21 days

Degl  
cuse )

→ T = 565,8

Dr. LOCATELLI Colette  
Dermatologue  
16, rue de l'Alouette 75-112 Paris 3ème

Mr. LOCATELI Cole  
Domicilio: docue  
45,66 de la 1000 Km 23  
252073 - 01/03/23 03 74

**CUTACNYL 2,5 %**  
 Gel pour application locale tube de 40 g  
 AMM N°58 DMP/21/NCI  
 PPV:29.20 DH  
 Distribué par SOTHEMA  
 B.P. N° 1, 27182 Bouskoura -Maroc

**CUTACNYL 2,5 %**  
 Gel pour application locale tube de 40 g  
 AMM N°58 DMP/21/NCI  
 PPV:29.20 DH  
 Distribué par SOTHEMA  
 B.P. N° 1,27182 Bouskoura - Maroc