

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : MUSA		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SOUSSATENE BEN LAAILA			
Date de naissance :			
Adresse : El Jadida Ben Chorfa			
Tél. : 07 66 18 84 6		Total des frais engagés : 80	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 07/06/2022			
Nom et prénom du malade : Mehmene Sou Age : 65			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Desmoplasie			
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 déc. avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **El Jadida** Le : **07/06/2022**

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
26.06.2022	5	2	250.00	INF: 651 01367 651 01367 18.06.2022 RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES DU 26.06.2022 DU MÉDECIN DU 26.06.2022

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/06/22	217,62

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

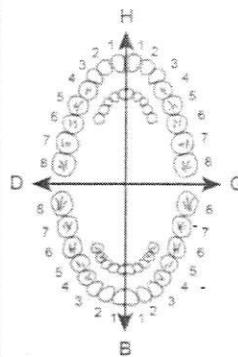
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

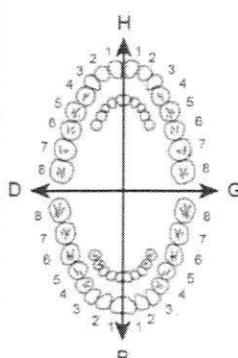
VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAUX



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CŒFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

CŒFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Docteur Naima HACHIM EL BARDI

Ancien dermatologue à l'hôpital militaire

DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE

Maladies de la peau - Cuir Chevelu - Ongles

Médecine Esthétique - Allergologie

Chirurgie de la peau - Epilation et Traitement laser

Maladie Sexuellement et Transmissible

Médecine de travail

الدكتورة نعيمة هاشم البردعي

اختصاصية سابقاً بالمستشفى العسكري

اختصاصية في أمراض الجلد

الشعر - الأظافر

طب التجميل - الحساسية

إزالة الشعر - العلاج بالليزر

جراحة الجلد - الأمراض التناسلية

طب الشغل



Berrechid, le

٢٠٢٢ - ٥٠ - ٥٠

Dr. HACHIM EL BARDI N° ٥٠
Dermatologue - Venerologue
Residence Dr. HACHIM EL BARDI
App. 2 - Berrechid
Tél: 022 32 77 59

٥٠ - سارة - مهمنة

٥٠ - سارة -

٥٠ - سارة - مهمنة - سارة -

٦٩,٥٠ x ٢

٦٧,٦٥ - تطهير سار

٦٧,٦٥

٦٧,٦٥ - زبادي



٦٧,٦٥ - زبادي - سارة - مهمنة -

٦٧,٦٥ - سارة - زبادي - سارة -

شارع علال بن عبد الله - إقامة ابن خلدون - الباب رقم 4 (قرب القيسارية) الشقة رقم 2 - برشيد - الهاتف: ٥٥ ٢٢ ٣٢ ٧٧ ٥٩



RETACNYL 0,025 %

Crème, tube de 30 g
AMM N°261 DMP/21/NCV
P.P.V: 79,60 DH
Distribué par SOTHEMA

B.P N° 1,27182 Bouskoura-Maroc

6 118001 070497

19

TETRALYSAL 300 mg

Boîte de 16 gélules

AMM N°26 DMP/21/NCV

P.P.V : 69,00 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P N°1,27182 Bouskoura-Maroc

6 118001 070800

®

•••



•••
Kuwait

TETRALYSAL 300 mg

Boîte de 16 gélules

AMM N°26 DMP/21/NCV

P.P.V : 69,00 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P N°1,27182 Bouskoura-Maroc

6 118001 070800

®

•••



•••
Kuwait