

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, parodontologie 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

- 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° W21-699417

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7647 Société : ND 27384

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : RADI ABDELILAH

Date de naissance : 26/08/1962

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/06/22

Nom et prénom du malade : RADI BEHANE

Age : 18

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

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) :

[Signature]

VOLET ADHÉRENT

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/04/22	198,50

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 canaux, 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		
		<div>25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B</div> <div>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
		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		



DERMATOLOGUE

- Maladies de la peau, cheveux et ongles
- Maladies sexuellement transmissibles
- Cosmétologie - Laser - Botox - PRP
- Chirurgie de la peau et de s ongles
- Traitement des brûlures
- Allergologie

Docteur Kenza RHISSASSI
Diplômée de la faculté de médecine de casablanca
Diplômée en dermatologie - esthétique à Paris Versailles

الدكتورة كنزة غساسسي

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

شهادة في أمراض الجلد و التجميل بباريس فيرساي

إختصاصية في

أمراض الجلد و الشعر

الأمراض الجنسية

التجميل - الليزر

جراحة الجلد و الأضافر

علاج الحروق - الحساسية

Mohammed le :

19/04/2022

Radi leham

178,30

Diprosalic[®]
pommade



LOT : 126
PER : NOV 2024
PPV : 37 DH 60

مرهم
سيليك

37,60

1) diprosalic pde

NEOVIMAG[®]
MAGNÉSIUM MARIN - Vit.B6
300mg

Lot : NVM31
A consommer avant le : 02/2025
PPC: 84.50 DH

1 x° le soir avec de

lesion du cou (mugue) / 15J

Jus 1 sorh 15J

16,60 Jus 2 x / semaine 15J

4) Locapred

1 app 1J lesar avec

Pauprière + lesion cuir R. Chevelu + tete
+ oreille pendant 08 J Jus 1 sorh / 2 08J Jus 2 x / semaine

TÉL : 05 23 30 01 00 / GSM : 06 70 93 73 22

Bd Mohamed V Résidence El Hamd, App N°9 3ème Étage

(à côté de la Clinique FEDALA et au dessus de la Banque BMCE) Mohammedia

شارع محمد الخامس ، إقامت الحمد شقة رقم 9 الطابق الثالث (بجانب مصحة فضالة وفوق البنك BMCE) المحمدية

3) NEOVIMAG Cp (x2)

84,60 1 Cp 1 J soir apr
repp 20 J / mois / 3 mois



4) MYK 1% creme



39,60 1 x 1 J le soir au
le le soir du dos
pendant = 15 J

5) Daylong face fluid mixte
50+ invisible

1 appl 10h au du visage
1/2 h avant de sortir

6) Teendorm 1 A 2 15 J

1 appl 1 soir 1/2 au
du visage

7) Toleraune creme sensitive
1 appl 1 J le soir 1h avant

8) Efficelac H creme savante
10 J lav 2x J le visage

Docteur KATIA THISSASSI
DERMATOLOGUE
Bd. Mohamed V - El Hamid
App. 3 - Casablanca - Mohammed VI
Tél : 0523 30 01 99 - Fax : 06 70 93 73 22