

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.

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° W21-699417

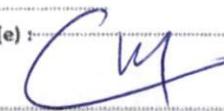
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7647	Société : ND384		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	ABDEL ILAH
Nom & Prénom : RADI		Date de naissance : 26/08/1968	
Adresse :			
Tél. : _____ Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 19/04/22			
Nom et prénom du malade : RADI REHABE			
Age: 18			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> 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.			

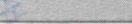
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) : 



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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/04/22	 18,50

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, 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 $ \begin{array}{r} 25533412 \quad 21433552 \\ 00000000 \quad 00000000 \\ \hline 00000000 \quad 00000000 \\ 35533411 \quad 11433553 \end{array} \quad B \quad G $ [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	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 des 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 غساسي

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

Mohammedia le : 19/04/2024

Radi Reham

178,30

Diprosalic®
pommade

6 118000 050186
→ 15J

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

37,60

1] diprosalic pde

1 x 1 g sur tout la

lesion du cou (coupe) / 15J

puis 1 soin / 15J

16,60 puis 2 x / peu dure = 18

2] Locapred



NEOVIMAG®

MAGNÉSIUM MARIN - VIT.B6

300 mg

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



LOCAPRED 0,1%
CREME T15G
P.P.V : 16DH60
6 118000 010951

Paupière + oreille + oreille cuir chevelu + tête
+ oreille devant 08 puis 150g / 208J puis 2 x / peu dure

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 4 Ep 1 J soi apr⁺
repp 20g / mois 3 mois



4) MYK 1% crème



39,60 1x1 J le matin au
le lèvres du dos
Teendant = 15 J

5) Daylong face fluid mixte
50+ invisible

l'appl 1/2 h au visage

1/2 h avant de sortir

6) Teendorm 1A27 15 J

l'appl 1/2 h au visage

7) Tolériane crème sensible

l'appl

1 J le soir 1/2 h au visage

8) Effaclar H crème lavante
pour laver rafraîchir le visage

Docteur VENZO CHASSASSI
DERMATOCOCHE VENEROLOGUE
Bd. Mohamed V Casablanca - Mohammmedia
App. 33 30 01 90 - Tél: 06 70 93 73 22
Tél: 0523 30 01 90