

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIER 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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-690754

129555

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9496 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs



Autorisation CNDF N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. Lalla OUST BEN DRAÏK

Spécialiste en Dermatologie-Vénérologie

Laser

14, Avenue des Nations Unies, Agdal - Rabat

Tél. 05 22 20 45 45

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Dr. Lalla OUST BEN DRAÏK Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dr. Lalla OUST BEN DRAÏK

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dr. Lalla OUST BEN DRAÏK

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 : 05 / 09 / 2022

Le : 05 / 09 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
06/09/2022				

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

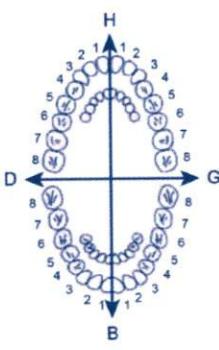
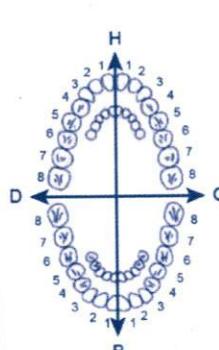
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'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														
			<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B			G	00000000	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	B																
	G	00000000	11433553														
		<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

Docteur Laïla Ousi Benomar
Spécialiste en Dermatologie Vénéréologie Laser
Diplômée de la Faculté de médecine de Lille
Tél. : 05-37-77-79-95
05-37-77-77-65

Nikel Adem

Rabat le 05-09-2022.

180-

10 | 2 solutioens shampuag

03x | sell elle

| 30 J

2iell

02x | sell elle

~ maintenir

PHARMACIE
Méd. Pharmacie
Tél. 05 37 58 98 08
LAL WARD
INPE 08 - 102094356 - N. C. 2

20 | Echinol huile tèche

36,90 01x | J sur pointe tèches

30 | cetschag 10

01x | J le m, apres la toilette sur le genou bouton
enfumé et

feuille 1/2 guérison complète

216,90

Adresse : 14, Avenue des Nations Unies, Agdal - Rabat

Tél. : 05-37-77-79-95 05-37-77-77-65

ICE : 0016665771000076

IPN : 101117182

Dr. Laïla OUSI BEN OMAR
Spécialiste en Dermatologie-Vénérologie
Laser
Avenue des Nations Unies, Agdal - Rabat
Tél. : 05-37-77-79-95

DERCOS
TECHNIQUE

PSOlution

KERATO-REDUCING
TREATING
SHAMPOO

ANTI-SQUAME

ANTI-ITCHING

ANTI-TINGLING

SOFTER HAIR

PSORIASIS-PRONE
SCALP

5% UREA + 2% SALICYLIC
ACID + GLYCERIN

200 ml

— Hypoallergénique —
Hypoallergenic

VICHY

LABORATOIRES



3 337875 787222

3612622764627



Cutacnyl

peroxyde de benzoyle

GEL

pour application cutanée

10%

غ 40
40 g

نزويل

CUTACNYL 10%

Gel pour application locale tube de 40 g

AMM N°60 DMP/21/NCI

PPV:36,90 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P.N° 1,27182 Bouskoura -Maroc



6 118001 070183



GALDERMA

غالديرما

الرقم المكتبي /
نúmero de serie /
Nummer der Serie /
الرقم المكتبي /
رقم التسلیم /
Fab. تاريخ الصنع /
Exp. تاريخ الانتهاء /
الرقم المكتبي /

2022201
01/2022