

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.

N° W21-775251

143347

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8140

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL ALAMA MOUNIR.

Date de naissance :

15-06-1970

Adresse :

Résidence Le CLUB, 2^{me} m^{me} Thami Apt N°35
NAYHASANI. CASA.

Tél. : 06.67.27.57.44

Total des frais engagés : 300 + 747

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MOHAMED CHAMITI
Dermatologue Veneréologue
172, Av. Bourgadam, 3^{eme} Etage
La Villette - Casablanca
Tel: 05 22 62 89 89.99

Date de consultation :

08/12/2022

Nom et prénom du malade :

EL ALAMA MOUNIR

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

De atopie

3 DEC. 2022

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 :

CASA

Le : 08/12/2022

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
08/10/22	C	9	300	INP : 091216 OHAMED CHAMITY de Venereologue Gene Etiage blanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMAIE POLYCLINIQUE ROUTE DE TIR Abdelaziz Tel: 0522 90 22 22	8-12-28	747.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	G															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
<hr/>																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
				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

DR. MOHAMED CHAMITI

Spécialiste en Dermato Vénéréologie
 Maladies de la peau, de l'ongle et du cuir chevelu
 Maladies Sexuellement Transmissibles
 Cosmétologie de la peau, Chirurgie de la peau
 Epilation au laser, Membre de la Société
 française de Dermatologie



الدكتور محمد شميطي

اختصاصي أمراض الجلد، الشعر و الظفر
 الأمراض التنسالية
 الطب التجميلي، حساسية الجلد
 جراحة الجلد، إزالة الشعر بالليزر
 عضو الجمعية الفرنسية للجلد

Casablanca, le :

08 DEC. 2022

① 94.10 x 4
 Methotrexate 25mg N=4

② 173.00
 Xenicol 50 حبة

③ 37.60
 Diprosalic

④ Diprosalic

Maphar
 Bd Alkimia N° 6, QI,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Methotrexate biolim25mg/ml
 al b1 mv
 P.P.V : 94,10 DH
 6 118001 181605

160.00

Dr. MOHA
 Dermatolog
 172. AV. Bour
 La Villette

مطبقة شرقاً الذرايم الكبير وثانوية مصطفى المعاني (الدار البيضاء)
 Bd. Ahmed Nkili N°172, 3ème étage Appt. 5 - la vil
 et lycée Mustapha El Maâni) Casab

EL ALAMA

Moamir

Maphar
 Bd Alkimia N° 6, QI,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Methotrexate biolim25mg/ml
 al b1 mv
 P.P.V : 94,10 DH
 6 118001 181605

Maphar
 Bd Alkimia N° 6, QI,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Methotrexate biolim25mg/ml
 al b1 mv
 P.P.V : 94,10 DH
 6 118001 181605

Maphar
 Bd Alkimia N° 6, QI,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Methotrexate biolim25mg/ml
 al b1 mv
 P.P.V : 94,10 DH
 6 118001 181605

ديبروزاليك® مرهم

بيتاميتازون، حامض ساليسيليك
 للدهن

LOT : 767
 PER : JUN 2025
 PPV : 37 DH 60

MSD