

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



Déclaration de Maladie

M22- 0011376

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

143523

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6076 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DHissi Salah Eddine

Date de naissance : 15-01-56

Adresse : LOT NAWRASS DAR BOUAZZA Casa

Tél. : 0661 1834 66 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/12/2019

Nom et prénom du malade : GUENAOULI Amine Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Dermatologie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
14.19	9		3000	Dr. LOCATEL Dermatologue de l'Allas Médical - Casa 02 23 46 75 - 0522 23 10 10

Value 0.52

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien		
----------------------	--	--

Sachets du Fournisseur ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
---	------	-----------------------

Cachet et signature du	Désignation des	Montant
------------------------	-----------------	---------

Sachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
--	------	---------------------------------	---------------------------

Cachet et signature	Date des	Nombre	Montant détaillé
---------------------	----------	--------	------------------

Sachet et signature du Praticien	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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

GRF	DETERMINATION DU COEFFICIENT	
-----	------------------------------	--

	H	COEFFICIENT
--	---	-------------

25533412	21433552	DES TRAVAUX	
----------	----------	-------------	--

	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000

	0000000000	0000000000	MONTANTS	
	35533411	11433553		

	1	MONTANTS DES SOINS	
	B		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, pédagogique, la profession

7	7	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
8	8	

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

1. *Journal of Management Studies*, 1996, 33, 1, 1-14.

Docteur LOCATELLI Colette

Dermatologie - Vénérologie
Médecine Esthétique

Diplômée de la Faculté de Médecine
De BESANCON

Spécialiste des Maladies de la Peau
et du Cuir Chevelu

الدكتورة كولين لوكاتيلي

خريجة الطب بيزنسون - فرنسا

إختصاصية في أمراض الجلد

و الشعر و الأمراض التناسلية

طب التجميل

Casablanca le: 14/12/22

M. BENDOUH

Mme

et DHIT

- NOUOEHANE

autocicat

Cheveux

4 à 2 sachet / semaine

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Q1,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Ketoderm 2% gel b8 sachet
P.P.V : 84,20 DH



84.20

- ketoderm sachet

à la fin
de la douche

2 sachet par semaine - sur les
lavés - laisser agir 5 min
et rincer

AGIDERM® 2%
Crème

Tube de 15 g



LOT : 320
PER : 06/25
PPV : 28,00 DH

28.00

4 cm

- AGIDERM crème

à appliquer sur la peau
de la nuit à la nuit

45, Rue de l'Atlas - Maârif - Casablanca - Code Postale: 20330 - Tél.: 0522 23 45 75/23 08 74 - Mobile : 06 67 77 73 77

45, زنقة الأطلس - معاريف - الدار البيضاء-رمز البريد : 20330 - الهاتف : 0522 23 45 75/23 08 74 - الموصول : 06 67 77 73 77

E-mail : locatellicolette@yahoo.fr

ONIFINE 250,
237,00

1er/5 plt 7j
à repéter le m/s hebdom.



FUNGILYSE crème

30.00

PPV 30DH50
EXP 03/2025
LOT 22016 2



= 812- 1er/5 plt 7j
Ongt 1er/5 plt 7j

2000

45.20

MYCOSTER crème



250

812

1ère "beach" ong.

424,90

Dr. LOCATELLI Colette
Dermatologue
45, rue de l'Atlas Maârif - Casablanca
Tél: 0522 23 45 75 - 0522 23 03 74