

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 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0019883

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05678 Société : RAM 143447
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL FARIR Mustapha
 Date de naissance : 05/12/61
 Adresse :
 Tél. : 06 62 768 446 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Wissal EL SOUSSI
Dermatologue - vénérologue
Bd. 2 Mars Andalou n°741 Etage 2
Casablanca
Tél.: 0522 87 28 81 - 06 62 86 82 81

Date de consultation : 03 / 01 / 2023

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Dermite Inflammatoire chronique

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 : CASABLANCA Le : 03 / 01 / 23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

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
03-01-23	C.S.		300 H.D.F.	<p>Dr. Mohamed El Soussi Dermatologue Vénérologue Bd. 2 Mars, Adalou 3 n° 741 Casablanca Tél: 0533 87 26 81 - 06 62 8</p>

Cachet et signature du Médecin
attestant le Remplacement des Actes
Dermatologiques par des Soins
Dermatologiques et Gynécologiques
Bd. 2 Mars, Annaba 2 n°741 et g.2
Tél: 0533 87 26 81 - 06 62 86 82

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL IMAM MALEK Dr. MEDDAH Mourad 15, rue Lakemmat, Rue 28, N°64 Casablanca Tél.: 05 22 21 33 13 GSM: 06 61 08 55 05	03/01/25	503,30

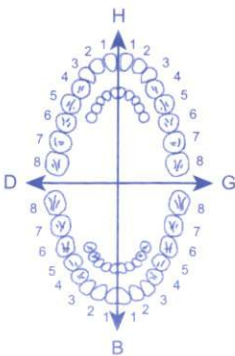
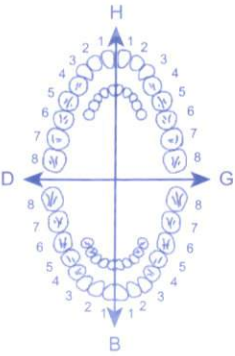
[illegible][illegible]

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																													
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>																												
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>																											
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>																												
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>																												
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>																											
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> </tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> </table>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>																													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Wissal El Soussi Ait Said

Dermatologue-Vénérologue

- Maladies de la peau, cheveux et ongles
- Maladies sexuellement transmissibles
- Dermatologie- Allergologie
- Dermatologie Esthétique
- Cosmétologie • Lasers

الدكتورة وصال السوسي آيت سعيد
إختصاصية في الأمراض الجلدية و التباسلية
- أمراض الجلد، الشعر، الأظافر
- الأمراض المنقولة جنسيا
- حساسية الجلد
- التجميل الطبي، الليزر

W

Casablanca, le 03 / 01 / 2013

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Curacne 20mg cap molle
b30
P.P.V : 289.00 DH
5 118001 180721

Mr EC Fakir yahya

289,

1. Curacne 20g + Curacne

152,20 1 cp de 20g + 1 cp de 10g / J

ZENITH Pharma

6 118001 270521

PPV : 28,80 DH

2880 pdt 01 mois

2. Artelec collyre

1 appl x 3 / J

15190

3 - Vase line off. unil

1740 1 appl x 4 / J

4 - Dermal val crème

50330 1 appl / J pdt 04 se

PHARMACIE AL IMAM MA
Dr. MEDDAH Mourad
ay Lakemat, Rue 28, N
Casablanca

Tél.: 05 22 21 33 13
GSM: 06 61 08 55 03

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Curacne 10mg cap molle
b30
P.P.V : 152.20 DH

6 118001 180714

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 17,40 DH

6 118000 161295

Dr. Wissal EL
Dermatologue - Vénérologue
2 Mars Andalous 3 N° 741, Etage 2
Casablanca

567 86 82 81

drelsoussiwissal@gmail.com

05 22 87 26 81 / 06 62 86 82 81

◉ Bd 2 mars Andalous 3 n°741 étage 2 (croisement Bd 2 mars et Bd panoramique) Casablanca
شارع 2 مارس، أنفليس 3، رقم 741 الطابق الثاني الدار البيضاء (تقاطع شارع 2 مارس والمنظر العام)

DOCUMENTS A FOURNIR POUR LE DEPOT DE VOTRE FEUILLE DE SOINS

*Il est impératif de remplir la nature de maladie

BIOLOGIE ET RADIOLOGIE	Nombre
<input type="checkbox"/> Copie des résultats	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Facture	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ordonnance	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Pli confidentiel	<input type="text"/>

DENTAIRE	Nombre
<input type="checkbox"/> Accord préalable avant le traitement, en cas de prothèses ou traitement canalaire	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Facture	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Radio avant traitement, en cas de prothèses ou traitement canalaire	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Radio après traitement, en cas de prothèses ou traitement canalaire	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Restitution des anciennes prothèses (selon avis médical)	<input type="text"/>

HOSPITALISATION	Nombre
<input type="checkbox"/> Cachet de la clinique sur la feuille de soins	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Compte rendu opératoire	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Copie compte rendu des radios	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Copie résultat de l'anatomopathologie	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Copie résultat des analyses	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Détail et justificatif de la pharmacie En cas d'hospitalisation médicale	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Entente préalable	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Notes d'honoraires des médecins traitants	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ordonnance et factures des actes sous traités	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Pli confidentiel En cas d'intervention chirurgicale	<input type="text"/>

OPTIQUE	Nombre
<input type="checkbox"/> Facture de l'opticien	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ordonnance	<input type="text"/>

REEDUCATION	Nombre
<input type="checkbox"/> Copie compte rendu radio relative à la même maladie	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Entente préalable remplie par le médecin	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Facture	<input type="text"/>

PHARMACIE	Nombre
<input checked="" type="checkbox"/> Ordonnance *	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Vignettes des médicaments PPV **	<input type="text"/>

* En cas d'ALD (Affection Longue Durée), l'ordonnance n'est pas obligatoire. Par contre, il est nécessaire une déclaration de la maladie chronique (à renouveler en fonction du type de maladie. Généralement tous les trimestres)

** Une facture est obligatoire si le prix ne figure pas sur le PPV ou si le médicament est acheté à l'étranger ou dans le cas de l'achat libre

En cas d'accident veuillez préciser les causes et circonstances:	Matricule:	Feuille de Soins :
	Signature de l'adherent	Signature & visa de la MUPRAS