

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.

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- 0009891

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1935 Société : RAS

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 146684

Nom & Prénom : BOUKHARIS KATIA

Date de naissance : 30-03-1953

Adresse : 16 RUE ABDO FAKIR B. HASSAN CASABLANCA

Tél. : 0673549119 Total des frais engagés : 36740 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BELAÏMER Mohammed Fouad
Dermatologue - Vénérologue
Médecin des Tribunaux
72, Rue du Général de Gaulle - 1^{er} Plan de l'Unité d'Enseignement
Maâin - Casablanca
Tél : 05 22 99 47 36

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/12/2022

Nom et prénom du malade : M^{me} BOUKHARIS Amina Age : 65

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

Nature de la maladie : Affection Dermatologique

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

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 : 20/12/2022

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 Méd(e)cin attestant le Paiement des Actes
20/12/2022	Dermatologie	03	GRATUIT	Dr. BELAHMED Mohammed Dermatologue - Vétérinaire 72 Rue Abdelhak Boussouf 367 de Dôme Maarif - Casablanca Tél : 05 22 99 47 36

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ABDELHAK BOUSSOUF 4, Rue Abdelhak Boussouf Casablanca - Tél : 05 22 99 47 36	20/12/22	347,110

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

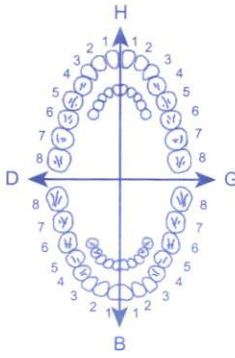
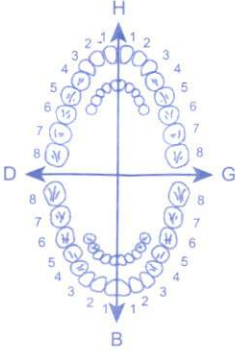
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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															
				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 border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

Dr. BELAHMER MOHAMED FOUAD

DERMATO - VÉNEROLOGUE

Spécialiste des Maladies de la Peau

du Cuir Chevelu et des Maladies

Sexuellement Transmissibles

Médecin Assermenté près des Tribunaux

الدكتور بلحمر محمد فؤاد

اختصاصي في أمراض الجلد

و الشعر و الأمراض التناسلية

طبيب محلف لدى المحاكم

Casablanca, le : 20/12/2023

Mme BOUKHRIS Amina

28,80 x 2 - VITANEVRIL fort 100mg. (2)

1 cf 3 fois / j

30,00 x 2 - NO-DOL FEN 400 (2)

1 cf 3 fois / j

23,60 x 3 - TOPSYNE Pommade

1 application 2 fois / j

52,80 - OEDES cf

1 cf 1 jour.

53,10 x 2 - RELAXOL cf (2)

1 x 2 / j.

LOT : 21E003
PER : 12/2023
RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10

LOT : 20E015
PER : 03/2023
RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10

LOT : 20E014
PER : 11/2024
NO-DOL FEN 400MG
CP PELL B30
P.P.V : 30DH00

TOPSYNE - GRAS

LOT : 211148
EXP : 04/2024
PPV : 52.80DH

Dr. BELAHMER Mohammed Fouad
Dermatologue - Vénérologue
Médecin Assermenté Près des Tribunaux
72, Rue Abdellah Rajji - Place du Puy de Dôme
Maarif - Casablanca
Tél : 05 22 99 47 36

PHARMACIE ABOU SOULAMANE
GHIZLANE LARABI
4, Rue Abou Soulamane El Khattabi
Casablanca - Tél : 05 22 99 47 36

72, Rue Abdellah Rajji - Place du Puy de Dôme

Maarif - Casablanca - Tél. : 05 22 99 47 36

72, زقة عبد الله رجيح (بيريبي سابقا) ساحة بي دودوم

المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 99 47 36