

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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° P19-

050015

154259

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3792

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre : C.D.B RETRAITE

Nom & Prénom : HASHIM AKBAR H.

Date de naissance : 12.02.1948

Adresse : 11 RUE JABAL BOUTEBLANE C.I.L CASA

Tél. : 066312866

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23 JAN 2023

Nom et prénom du malade : CHRAIBI Nadia

Age : 67 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dermatose

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

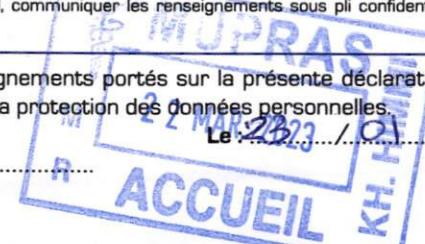
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASA

Le : 22 MAR 2023 / 01 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : Imane MARKOUCH



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/01/2023	212,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRE

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)
onctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le : 23 JAN 2023

Mr. CHRAIBI Nabiha 6 tons

① Janssen Triple contour des yeux

Apprx 5ml sur les 2 yeux.

② Pigment zero DSP Innovation

Marshibelm

Apprx 5ml x 3mots - (Visage)

Docteur Imane MARKOUCH
Dermatologue - Vénérologue
Dermatologue et Clinique Dermatologique Leader
224, rue 14 Mandarouna Ain Chok - Casablanca
Tél: 05 22 87 58 43

Docteur Imane MARKOUCH

Dermatologue - Vénérologue

Diplômée de L'UFR Pierre et Marie Curie-Paris VI

Ancienne interne des hôpitaux de Paris



الدكتورة إيمان مركوش

اختصاصية في أمراض الجلد و التناس

خريجة كلية بيير و ماري كوري-باريس 6

طبيبة بمستشفيات باريس سابقا

Casablanca le :

23/01/2023

Madame CHRAIBI NADIA

ALDARA 5% CRÈME

1app 3soirs/sem x08semaines sur les lésions jambes

ACTINICA LOTION

1app/8h 20 min avant exposition solaire

CYTEAL OU SEDASTERIL SAVON

1appx02/j pour laver les pieds et toilette intime

CANESTEN EXTRA CRÈME

1app/j entre les orteils et plis inguinaux x02mois

DERMOFIX POUDRE

Saupoudrer chaussures et chaussettes le matin

KPP DCP SOIN

1appx02/j sur les callosités pieds

PHARMACIE
Dr. EL MOUOUNI SOURCE
6-7 Rue Ain Asserdoune
Casablanca
Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.69

Docteur Imane MARKOUCH
Dermatologue - Vénérologue
Dermatologie Esthétique Cosmétologie Laser
224, Rue 14 Mandarouna Ain Chock Casablanca
Tél: 05.22.87.58.43



PHARMACIE LA SOURCE
Dr. EL MOUOUNI SOURCE
6-7 Rue Ain Asserdoune
Casablanca
Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.69