

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° W21-806843

A66116

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1693	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	Retraitee'
Nom & Prénom : BOUAB LAILA			
Date de naissance : 02/03/1952			
Adresse : Résidence Mansbay Imm R5 Apt 15 Et. 3 Mansouria			
Tél. 0663 44 24 25		Total des frais engagés : 507, 90 Dhs	

Autorisation CNDP N° 1-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 15/06/2023			
Nom et prénom du malade : BOUAB LAILA Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : DCR MATO SCE			
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 : Mohammed Fakir Le : 15/06/2023			
Signature de l'adhérent(e) : Padj			



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
15/06/23	C5		300,00	INP : 091156025

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PONT DE L'ALMA Prise en charge 20% des frais C.R. Etablissement BEN : 01 23 90 16 96 TéléFax : 01 40 00 16 96 RC Professionnel : 000416619 U.E.C. : 000416619 Dr. LALIK	15/06/23	207,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

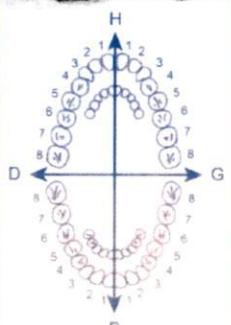
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

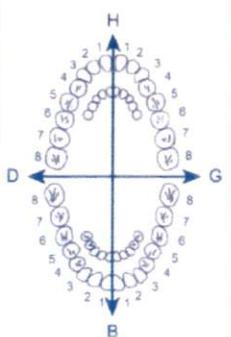
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

(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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



DERMATOLOGUE

- Maladies de la peau, cheveux et ongles
- Maladies sexuellement transmissibles
- Cosmétologie - Laser - Botox - PRP
- Chirurgie de la peau et des ongles
- Traitement des brûlures
- Allergologie

Docteur Kenza RHISSASSI

Diplômée de la faculté de médecine de casablanca
Diplômée en dermatologie - esthétique à Paris Versailles

الدكتورة كنزة غساسي

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

شهادة في أمراض الجلد والجميل بباريس فرساي

اختصاصية في

أمراض الجلد و الشعر

الأمراض التناسلية

الجميل - الليزر

جراحة الجلد والأظافر

علاج الحروق - الحساسية

Mohammedia le : ٤٥ | ٠٦ | ٢٠٢٣

Bouab Laïla

$$20 \times 90 = 1800 \times 3 = 5400$$

1) Diprostone Crème



1 x / le sac au niveau
aisselle = Ch Jeudant 10J

100g / 2 Jeudant 10J et une
2 x / sac au niveau



2) Cicatrylate Nove

le matin au

aisselle = Ch.



TEL : 05 23 30 01 00 / GSM : 06 70 93 73 22

Bd Mohamed V Résidence El Hamd, App N°9 - 3ème Etage

(à côté de la Clinique FEDALA et au dessus de la Banque BMCE) Mohammedia

شارع محمد الخامس ، إقامة الحمد شقة رقم ٩ الطابق الثالث (بجانب مصحة فضالة و فوق البنك BMCE) المحمدية

DIPROSONE 0,05 %
crème

كریم



6 118000 050209

LOT : 066
PER : NOV 2024
PPV : 17 DH 30

DIPROSONE 0,05 %
crème



6 118000 050209
LOT : 064
PER : MAI 2024
PPV : 17 DH 30

DIPROSONE 0,05 %
crème



6 118000 050209

% كريم

LOT : 066
PER : NOV 2024
PPV : 17 DH 30

2024

دبوس 10 تموز

EAU THERMALE
Avène

Cicalfate⁺



3 282770 204681

A.G.L. 6126518



Soins pour peaux sensibles irritées

Emulsion apaisante et hydratante