

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

- Reclamation : 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.

M22- 0041923

172489

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2407 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KAROUACHE Driss

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0664728127 Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/08/2023

Nom et prénom du malade : KAROUACHE DRISS Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DERMATOSE

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) :

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
04/08/23	C2	—	250 DH	 33, rue de la Paix, 75009 Paris - Cassebienne Vénérologie Spécialiste en Dermatologie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/08/23	358,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

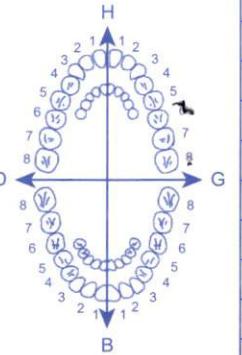
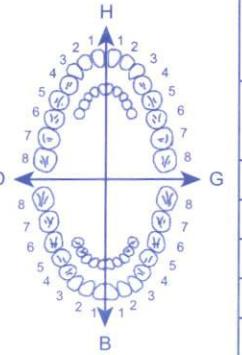
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	21433552 00000000	G	
	D	00000000 35533411	B	
		11433553		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montants des Soins
				Date du devis
				Date de l'Execution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BENHARBIT Rachid

Spécialiste en Dermato - Vénérologie

Titulaire du Certificat d'Etudes
Spéciales

Faculté de Médecine de Strasbourg

Ancien Maître Assistant au CHU
Avicenne - Rabat

الدكتور بن حربيط رشيد
إختصاصي في أمراض الجلد
والشعر والأمراض التناسلية

خريج كلية الطب بستراسبورغ

أستاذ مساعد سابق بكلية الطب
بالرباط

maphar
Bd Alkima N° 6, Ql. Sidi Bernoussi,
Casablanca - Maroc
KETODERM 2% GEL SAC B8
P.P.V. : 84DH20
6 118001 181490

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Ketoderm 2% gel b8 sachet
P.P.V. : 84,20 DH
6 118001 181490

Casablanca, le 14.8.23

maphar
Bd Alkima N° 6, Ql. Sidi Bernoussi,
Casablanca - Maroc
KETODERM 2% GEL SAC B8
P.P.V. : 84DH20
6 118001 181490

3x 84,20 -

3 bds.

14th Karawach Dr. R

Ketoderm ~~SV~~ sachet Cegalon

LOT : 21E005
KETODERM 2%
CREME T 10G
P.P.V : 25DH30
6 118000 010920

LOT : 23E003
KETODERM 2%
CREME T 10G
P.P.V : 25DH30
6 118000 010920

LOT : 22E005
KETODERM 2%
CREME T 10G
P.P.V : 25DH30
6 118000 010920

A day 358,50

- app que ap. 55 min
- mince peu ringer

2 fois Jour au

2 Ketoderm Creme 3 Tube

3x 25,30 - app Jour

3 Ro Cetop - app Jour

301,00 - app Jour

358,50 - app Jour

الطب
PHARMACIE ANAFE
Mine MESTASSI Farah
Pharmacie
Rue Félix et Max Guedj Casab
Tél. 0522 27 41 94

LOT : 23E013
LOCA TOP 0,1%
CREME T30G
P.P.V : 30DH00
6 118000 012061

Dr. BENHARBIT Rachid
Spécialiste en Dermato-Vénéréologie
Tél. 22.19.00 - 05.22.22.19.00 - 05.22.27.78.69
33, (ex 81) Bd. de Paris - Casablanca - Téléphone : 05.22.27.78.69