

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.

h h 60
780
664
5884

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	5855	Société :	ROY
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre:	A 77212
Nom & Prénom :		CHOUKRI	
Date de naissance :		16/07/53	
Adresse :		Choukri agdine@yahoofr	
Tél. :	06 61 60 70 66	Total des frais engagés :	250 + 414 + 664 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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
21/05/2012	Acte de consultation	1	500	Dr. Béatrice BERTHELOT 24, Bd. Emile - 75008 Paris

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 131 El Mekkaoui Yacoub El Mansour Tél: 0522.25.0074 0522.23.0000	21/09/2013	116,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

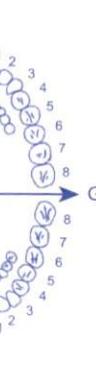
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

<p style="text-align: center;">O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 	<p style="text-align: center;">DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<p>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr SAMI Ghit
Dermatologue - Vénérologue

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc
6 118001 070800

Maladies et chirurgie de la peau
cheveux et ongles
Allergologie
diatrique

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc
6 118001 070800



PHARMA

د. السامي غيتة

والتناسلية

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc
6 118001 070800

الأمراض الجلدية عند الأطفال
العلاج بالليزر الطبي
طب التجميل

ORDONNANCE

Casablanca, le 21/09/23

Mme Salma



Choukaili

Tekroyod 300mp 69,00 x 6 = 414,00
Acg Japix Revo 3ml

Biretid Dew I Appel Soir / le Visage

3/ Eucerin Derm Triple action anti-maybes

241, Bd. Emile Zola 4^{ème} étage Appt 7, Belvédère - Casablanca

05 22 40 06 47 06 31 59 63 86 dr.samighita@gmail.com

~~Dr. SAMI Ghita
Dermatologue-Vénérologue
241, Bd. Emile Zola, Apt. N°7,
4ème Etage - Casablanca
Tél: 05 22 40 06 47 / 06 31 59 63 86~~

~~Dr. SAMI Ghita
Dermatologue-Vénérologue
241, Bd. Emile Zola, Apt. N°7,
4ème Etage - Casablanca
Tél: 05 22 40 06 47 / 06 31 59 63 86~~

~~Dr. SAMI Ghita
Dermatologue-Vénérologue
241, Bd. Emile Zola, Apt. N°7,
4ème Etage - Casablanca
Tél: 05 22 40 06 47 / 06 31 59 63 86~~

~~Dr. SAMI Ghita
Dermatologue-Vénérologue
241, Bd. Emile Zola, Apt. N°7,
4ème Etage - Casablanca
Tél: 05 22 40 06 47 / 06 31 59 63 86~~

~~Dr. SAMI Ghita
Dermatologue-Vénérologue
241, Bd. Emile Zola, Apt. N°7,
4ème Etage - Casablanca
Tél: 05 22 40 06 47 / 06 31 59 63 86~~

~~Dr. SAMI Ghita
Dermatologue-Vénérologue
241, Bd. Emile Zola, Apt. N°7,
4ème Etage - Casablanca
Tél: 05 22 40 06 47 / 06 31 59 63 86~~

~~Dr. SAMI Ghita
Dermatologue-Vénérologue
241, Bd. Emile Zola, Apt. N°7,
4ème Etage - Casablanca
Tél: 05 22 40 06 47 / 06 31 59 63 86~~

~~Dr. SAMI Ghita
Dermatologue-Vénérologue
241, Bd. Emile Zola, Apt. N°7,
4ème Etage - Casablanca
Tél: 05 22 40 06 47 / 06 31 59 63 86~~

~~Dr. SAMI Ghita
Dermatologue-Vénérologue
241, Bd. Emile Zola, Apt. N°7,
4ème Etage - Casablanca
Tél: 05 22 40 06 47 / 06 31 59 63 86~~

~~Dr. SAMI Ghita
Dermatologue-Vénérologue
241, Bd. Emile Zola, Apt. N°7,
4ème Etage - Casablanca
Tél: 05 22 40 06 47 / 06 31 59 63 86~~

~~Dr. SAMI Ghita
Dermatologue-Vénérologue
241, Bd. Emile Zola, Apt. N°7,
4ème Etage - Casablanca
Tél: 05 22 40 06 47 / 06 31 59 63 86~~