

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° W21-817981

180531

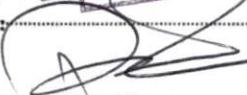
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	5-37	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BELFADLA ABDELLAH
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0661165391 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	12/10/2013	Age:	
Nom et prénom du malade :	BEL FADLA ZAHRA		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affection dermatologique		
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 12/10/2013

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 12/10/2013

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
19/05/23	5	0	3500 Dhs	INP : 11111111111111111111111111111111 INPE : 091180510 Dr. Khalid AMNIAI DERMATO VENEREOLOGUE Angle Bd Said ALI berrahmane et Bd Abdellah Bourguiba Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE STENDHAL Avenue Stendhal Cite Plateau Casablanca - Tel: 05 22 25 93	12/09/23	766,20

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																								
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.																								
	DENTS TRAITÉES (Rows for 10 teeth, each with columns for Dents Traitées, Nature des Soins, Coefficient, and INP)	NATURE DES SOINS (Rows for 10 teeth)	COEFFICIENT (Rows for 10 teeth)	INP : <input type="text"/>																				
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																				
				MONTANTS DES SOINS																				
				DÉBUT D'EXÉCUTION																				
				FIN D'EXÉCUTION																				
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>					H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		00000000	00000000	35533411	11433553
				H		G																		
				25533412	21433552	00000000	00000000																	
				D		B																		
				00000000	00000000	35533411	11433553																	
Coefficient des travaux <input type="text"/>																								
Montants des soins <input type="text"/>																								
Date du devis <input type="text"/>																								
Date de l'exécution <input type="text"/>																								
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								



Casablanca, le

12/09/2023

الدار البيضاء، في

Mr BELFADLA ZAHRA

VISAGE

BELLA AURORA SPLENDOR SERUM

LE MATIN

EFALYSS SERUM CONTOUR YEUX CAPIDERMA

MATIN ET SOIR

SESDERMA AZELAC RU SERUM

1 SOIR SUR 2

SESDERMA C-VIT SERUM

1 SOIR SUR 2

321.00

ONGLES

LOCERYL VERNIS

1 FOIS PAR SEMAINE PENDANT 3 MOIS

148.40

DIFLUCAN 150 CP

X3

~~PHARMACIE AD-DOHA~~
Avenue Stendhal Cité Plateau
Casablanca - Tél: 05 22 25 96 00

766.20

~~PHARMACIE AD-DOHA~~



Dr. Khalid LAMNIAI
DÉPARTEMENT VÉNEROLOGUE
Angle Bd. Sidi Abderrahmane
et Bd. Abdellah Boutaleb
Casa Tél: 05 22 90 04 17

PHARMACIE AD DOHA
Avenue Stendhal Cité Plateau
Casablanca - Tél: 05 22 25 96 00

Locéryl®
amorolfine

لوسريل
أمورولفين

LOCERYL 5%

Vernis à ongles médicamenteux

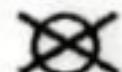
Flacon de 2,5 ml

AMM N° 07 DMP/21/NCN

PPV:321,00 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P. N° 1, 27182 Bouskoura -Maroc



6 118001 070381

دیفلوکارن

فلوکونازول

150mg

DIFLUGAN® 150mg

4 Géules



دیفلوکارن

Pfizer



12 25 34
GT87 30
176

EXP :

LOT N° :

P.P.V

P10023970

UT. AV. :

9 25
LOT N° :

P.P.V

176, 30



4 كبسولات

من 150

فلوكونازول
كبسولة

66