

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-789654



Maladie

Dentaire

Optique

A

Matricule
7528

Société : RAM.

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ANBARI Fatima

A 85 899

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662 78 23 92

Total des frais engagés :

300+979,16 + 247,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

ANBARI Fatima

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'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signatures du Médecin attestant le Paiement des notes
11/11/23	cs		300 DH	INP : 0910841 Professeur ZOUHIR PERMATEK Le Anouf Abdelmoumen - 06615067 86222011 - 0322865379

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES ELYMANTS Dr. BOUDREAU 12, Rue leblanc Joliette J7A 2B2 2023	17/01/2023	229.40 DIX 247.00 DIX

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MÉDICAUX

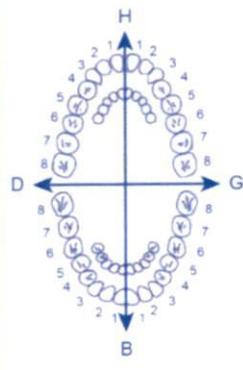
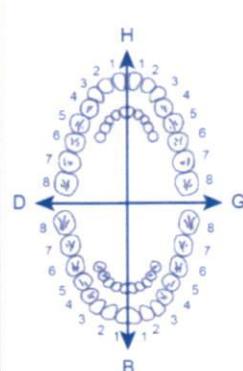
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de consigner 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] []										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] [] [] []										
				MONTANTS DES SOINS [] [] [] []										
				DEBUT D'EXECUTION [] [] [] []										
				FIN D'EXECUTION [] [] [] []										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] [] [] []										
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D —————— B</td> <td style="text-align: center;">G ——————</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D —————— B	G ——————	00000000 35533411	00000000 11433553	B		MONTANTS DES SOINS [] [] [] []
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D —————— B	G ——————													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
				DATE DU DEVIS [] [] [] []										
				DATE DE L'EXECUTION [] [] [] []										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Professeur ZOUHAIR Kawtar

Dermatologie -Vénérologie

Dermato - Allergologie

Dermatologie Esthétique

Laser



الدكتورة زهير كوثر

إختصاصية في الأمراض

الجلدية والتنايسية الحساسية

وعلم التجميل والليزر

17 NOV. 2023
17 NOV. 2023

Casablanca, le

Amel Ambani Fatihi
2023.11.17.

x8/ Mexidil
Amel le Dr



LOT : 0052 / EXP : FEV / 2026
PPV : 247,00 DH

Professeur ZOUHAIR Kawtar
Dermatologue
452, Angle Aoual Abdelloumen, App 208
Tél : 052 86 22 17 - 0661506399
Fax : 052286573

Professeur ZOUHAIR Kawtar

Dermatologie -Vénérologie

Dermato - Allergologie

Dermatologie Esthétique

Laser



الدكتورة زهير كوتار

إختصاصية في الأمراض

الجلدية والتناصية الحساسية

وعلم التجميل و الليزر

Casablanca, le Casablanca, le

17 NOV. 2023

Dr. Ambari Fatima

→ usage:

1/ l'acné au Syndet
lipidik DCL
le Savon

2/ Neutri gel Crème SPF 50+
le matin.

* 3/ 28.00 درهم Edacyl 250 mg
ACP x 25 x 2 mois

PHARMACIE DES EL MANSOURAIS
Dr. BOUJEDDA Nadia
34, Rue Ibnou Jelil - Rabat - Maroc
Tél: 0522 20 90 58 - 0522 96 00 76



→ Cou;
ne | Dépilatrice. Cou L X
le Soir

→ dos;

* 5^e / préparation:
Cold cream  100ml

17.10.04 Dernoval Crème

le Soir x Ag.
15ml x 1g.

15/3 x 1g.

Savon et eau de vinaigre
x gel napoléon Ducray X

HP. 15h x 1mas

Dernoval gel
A 312 x 1mas



Toto
27.11.04 DT

Professeur ZOUHAIR Kassar
Angèle Anouar
Tél.: 0522853333 - 0522853399
Professeur ZOUHAIR Kassar
Dermatologue
Angle Anouar
Abdelmoumen, App 208