

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 canaux, 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 canaux.

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

- Réclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-671297

correct

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8655 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Moumin Mohamed

Date de naissance : 20-04-70

Adresse : _____

Tél. : 0661096349 Total des frais engagés : 409,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr Nada SRIRI
Dermatologue Vénéréologue
3d Al Quods, Rés Les Rosiers
Km 1, Appt 124 Ain Chock
Casablanca Tél / Fax: 0522 87 57 18

Date de consultation : 22/01/2024

Nom et prénom du malade : Moumin Khadija Age : 12

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Dermatose

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 : 29 / 01 / 24

Signature de l'adhérent(e) : _____

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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
22/01/24	C		30000	INP : 0000000000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pharmacieur Date Montant de la Facture

PHARMACIE AL HOUSNA
Mme B. HAFIANI
182, Rue 13, Hay Al Baraka
Tel: 0522 726 101 - Casablanca

22/01/24 109,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

		Nombre				
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

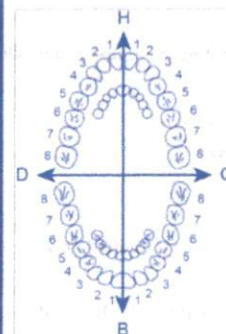
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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



INP : 0000000000

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

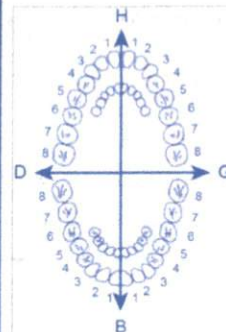
FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Dr. NADA SRIFI

Dermatologie - Vénérologue

CHIRURGIE - ESTHÉTIQUE - LASERS

Ancien Médecin à l'hôpital universitaire Suissi- Rabat

Ancien Médecin des Hôpitaux de Paris

Member de la Société Européenne de Dermatologie et de Vénéréologie

Diplômée en :

Dermatologie pédiatrique (Nice-France)

Lasers Dermatologie (Bordeaux-France)

Technique d'injection et de comblement

Esthétique du visage (Paris- France)

د. ندى اسريفي

طبيبة الأمراض الجلدية و التناسلية

جراحة الجلد - الليزر - التجميل

طبيبة سابقة بمستشفى السويسي بالرباط

طبيبة سابقة بمستشفيات باريس- فرنسا

عضوة بالأكاديمية الأوروبية لطب الجلد

حاصلة على دبلوم في :

الأمراض الجلدية للأطفال (نيس- فرنسا)

طب الليزر (بورجو-فرنسا)

تقويم التجميل للوجه (باريس)- (فرنسا)

ORDONNANCE

Patient (e)

Casablanca, le:

22/01/2024

Nom, Prénom:

Enfant MOUMIN KHADIJA

1) SKINOSALIC LOTION / FLACON 30 G

Appliquer le soir sur la zone atteinte du cuir chevelu pendant 15 jours , puis 1 jours

2) CLOBEX SHAMPOING

1 fois par semaine, laisse agir 5 min puis rincer, durée 1 mois

3) CLENIDERM CREME / TUBE 30G

1 application par jour le soir pendant 1 semaine , puis 1 soir sur 2 pendant 15 jours sur les lésions des coudes

PHARMACIE AL HOUSIA

Mme B. HARIANI

182, Rue 11, Hay Al Baraka

Tel: 0522 725 101 - Casablanca

Dr. Nada Srifi
Dermatologue Vénérologue
Bd El Qods, Rés Les Rosiers
Imm 1, Apt 124, Ain Chock
Casablanca Tel: 0522 87 57 17

30g

LOT : 4790

PER : 06 - 26

P.P.V: 34 DH 70

LOT: 4025

PER : 05 - 26

P.P.V: 34 DH 70

20,00

20,00