

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

- 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° W21-641619

193080

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7665

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

GYM ABDALLAH

Date de naissance :

18-02-62

Adresse :

LOT 1HAJ FATEH RUE 5
5
1/162 OULFA CASA
DRA
DENTOLOGIE
Dr. SARAH ALLAL BEN ABDELLAH
Médecine Esthétique
Lot Saâd El Oulfa
Casablanca
Tél: 05 22 91 08 51
Fax: 05 22 91 08 52
Mobile: 05 68 01 83 60

Tél. :

066 1 15 98 51

Total des frais engagés : 5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

24/05/2011

Nom et prénom du malade :

Gym Abdallah

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Acne + 08/05/2011

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

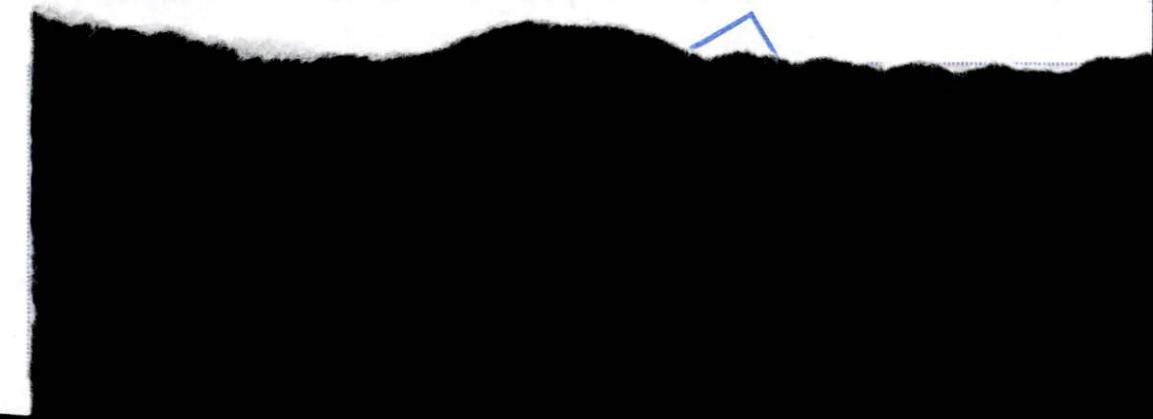
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24/05/2011



Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARM' CASAULA A 111, rue de l'Assomption 93100 Bobigny tel: 01 35 22 93 10</i>	<i>24/01/24</i>	<i>304,20</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.																
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
ODF PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
		<table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
		<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

الدكتورة سارة مجاهد نجيد

الأمراض الجلدية والتاليسية

- طببية اختصاصية في أمراض و جراحة الجلد،

الشعر والأظافر

- الأمراض المنقوله جنسيا

- طب التجميل

Dr Sara MJAHED NAJID

Dermatologue Vénérologue

- Médecin spécialiste en Maladie et chirurgie de peau , cheveux et ongles
- Maladie sexuellement transmissible
- Médecine esthétique et anti-âge



abinet

dermatologie

esthétique

Gym Lover

24/05/2024

DOXYMYCINE® 100 mg
30 comprimés dispersibles

DOXYMYCINE® 100 mg 30

DOXYMYCINE® 100 mg
30 comprimés dispersibles

DOXYMYCINE® 100 mg 30

PPU 110DH00
EXP 08/2025
LOT 36014 3

PPU 110DH00
EXP 08/2025
LOT 36014 3

abinet

a)

220,00 x 2

1cp

Doxycycline

b)

Cleanante Blueoblique

3.

Sopra 1/2 le sei

sthetique cosme de visage

c)

Tetaderm sachet

18

Dr. Sara MJAHED NAJID
DERMATOLOGUE VÉNÉROLOGUE
Médecine Esthétique et Lasers
Oufia - Casablanca
Tél: 0522 91 08 97 / 0680 61 83 60

84,20

1 sachet / semain

généraliste

soins de la peau

304,20

Maphar
Bd Alkimia N° 8, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Ketoderm 2% gel b6 sachet
P.P.V : 84,20 DH

6 118001 181490

PHARMACIE CASABLANCA
Tel: 0522 91 08 6 N°
Fax: 0522 93 10 28

العنوان 18، تجزئة سعد الكير 24 H.H الحي الحسني الالفة الدار البيضاء (الطابق 2 فوق مختبر التحاليل بيولوج)

Adresse : 18, Lot Sâad El Khair 24 H.H Hay Hassani Oufia Casablanca (2 ème Etage au dessus du labo biolog)

Tél : 05 22 91 08 97 - Gsm : 06 80 61 83 60

E-mail : dr.sara.mjahed@gmail.com