

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

- Reclamation : 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° W19-598018

193830

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) _____

Matricule : 20304 Société : RAT

Actif Pensionné(e) Autre : Docteur Meryouki Idrissi Mohamed

Nom & Prénom : Docteur Meryouki Idrissi Mohamed

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Tél. : 06 43 96 01 02 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

*Dr EL BOUTAYBI Fathia-zahra
Spécialiste en Dermatologie-Vénérologie
Complexe AL Firdaus, Bd Moulay Youssef
N°20, Etage 1 Khouribga
Tél : 06.52.65.26.48*

Date de consultation : 15/01/2024

Nom et prénom du malade : BERBOKI Idrissi Abdellah Age : 22 ans

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 : Khouribga Le : 07 FEV 2024

Signature de l'adhérent(e) : Idrissi Mohamed

| 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 |
| 15/01/2024 | Contrôle | Gratuit | Montant total : 0 Dhs | Dr. Fathia Boulay (B) Fathia Boulay Spécialiste en Dermatologie et Venereologie Complexe Al Firdaous, Bd Moulay Youssef N°20, Etage 1 Khouribga Tél : 06 52 65 26 48 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| Pharmacie CASA Dr Chahed, Infirm. Aïcha Sofia Bernoussi Casablanca Tél. 05 22 75 99 14 | 15/07/24 | 495,80 |

| ANALYSES - RADIographies | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| 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 Particien | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | 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"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Début d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fin d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES  | DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | G | | | B | 00000000 | 00000000 | 35533411 11433553 | | | |
| | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. EL BOUTAYBI Fatima-Zahra

Spécialiste en Dermatologie - Vénérologie

- Diplôme de Dermatologie Pédiatrique, Nice
- Diplôme de Cosmétologie Médicale et Médecine Esthétique, Rabat
- Ancienne interne au CHU Ibn Rochd
- Ancienne interne à l'Hôpital Aristide le Dantec
- Ancienne interne à l'Hôpital Saint-Louis



الدكتورة البوطبي
فاطمة الزهراء

اختصاصية في طب الأمراض الجلدية والتناسلية

- دبلوم في طب الجلد عند الأطفال، نيس
- دبلوم في طب التجميل، الرباط
- طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى ابن رشد
- طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى أريستيد داتك
- طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى سان لويس

PER : 06 - 26
P.P.V: 34 DH 70
PER : 06 - 26
P.P.V: 34 DH 70

Khouribga, le : 15/01/2024 خريبكة، في :

PER : 06 - 26
P.P.V: 34 DH 70

Dr NEZBOUKI Idrissi ABDEL BOUT

① BETODERMA salens

34,70 x 4. 2 fio / sem (2)

② Skin No Scent lotion

149,00 x 3 le sur sur le scalp.

③ OSTEOCARE

OSTEOCARE 30 CP
PVC : 119,00
Ut Av Lot :
31/03/2027 285413

Dr EL BOUTAYBI Fatima-zahra
Spécialiste en Dermatologie-Venerologie
Complexe Al Firdaus, Bd Moulay Youssef
N°20, Etage 1 Khouribga
Tél : 06.52.65.26.48

PHARMACIE CHABAB CASA

Sur ou
Café Chabab, Imm. 4A Mag N° 37 / 38
Sous le Bardo Assi Casablanca
Tél : 05 22 75 59 14

OSTEOCARE 30 CP
PVC : 119,00
Ut Av Lot :
31/03/2027 285413

OSTEOCARE 30 CP
PVC : 119,00
Ut Av Lot :
31/03/2027 285413

495,80

PHARMACIE CHABAB CASA
Sur ou
Café Chabab, Imm. 4A Mag N° 37 / 38
Sous le Bardo Assi Casablanca
Tél : 05 22 75 59 14

مجمع الفردوس، شارع مولاي يوسف، العمارة 20، الطابق 1، خريبكة - (فوق مقهى قربطة، قرب صيدلية مولاي يوسف)
Complexe Al firdaus, Bd Moulay Youssef, Imm 20, Etg 1, Khouribga (Au-dessus de Café Cordoba, Près de la Pharmacie Moulay Youssef)

06 52 65 26 48 elboutaybifz@gmail.com