

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.



201925

Déclaration de Maladie : N° P19-0010793

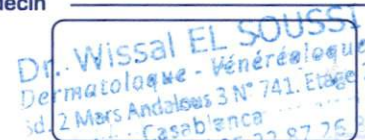
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5678 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL FAKIR Yahya Date de naissance : 05/12/61
 Adresse :
 Tél. : 0662768446 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04 / 04 / 2024
 Nom et prénom du malade : EL FAKIR Yahya Age :
 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 : Casablanca Le : 15 / 04 / 24
 Signature de l'adhérent(e) :

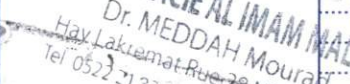
Adresses Mails utiles

- 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

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. MEDDAH Mourad Hay Lakremat, Rue 28 N° 61 Tel 0522 21 33 13 / Gsm: 06 61 06 35 05	4/4/2024	397,50

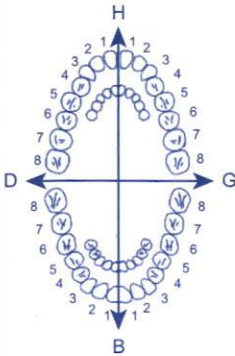
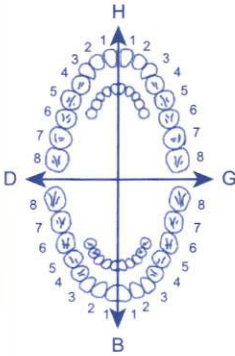
[illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

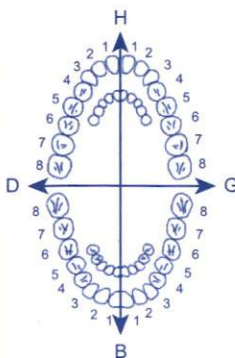
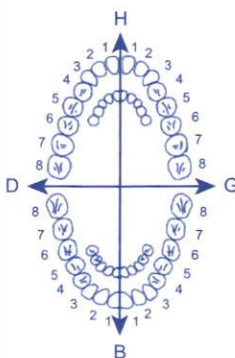
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					Coefficient des Travaux
					Montants des Soins
					Debut d'Execution
					Fin d'Execution
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 2553341221433552 0000000000000000 D ————— G 0000000000000000 3553341111433553 B				Coefficient des Travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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

Dermatologie- Vénérélogie

- Maladies de la peau, cheveux et ongles
- Maladies sexuellement transmissibles
- Dermatologie-Allergologie
- Dermatologie Esthétique
- Cosmétologie. Lasers

الدكتورة وصال السوسي آيت سعيد
إختصاصية في الأمراض الجلدية و التناسلية

- أمراض الجلد، الشعر، الأظافر
- الأمراض المنقولة جنسيا
- حساسية الجلد
- التجميل الطبي الليزر

Casablanca, le 04 / 04 / 2024

ME fakir yahya

270.9

Curane 20

1 of 15 p. 10

38.5

- Siccafluit gel of

49.9

1 apple + 3 $\frac{1}{2}$ et calic

Dr. MEDDAH Mourad
Hay Lattache, Rue 28 No. 04 Casa
Tel. 022 21 33 13 / GSM 06 61 00 55 05

357.5

Maphar
Bd Alkimia N° 8, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Curacne 20mg cap molle
b30
P.P.V : 270.00 DH

[illegible]

SICCAFLUID 2.5 mg/8
Gel ophthalmique 10 g - PPN - 3B, 50 DM

6 118001 101023

COOPER PHARMIA - 41, rue Marmadon Orléans
Distributeur pour Pharmaciens Responsables : Annales PHARMACIENS
Cachemba.

PPC: 49 DH
Lot: T19122220M
D.PER: 19/12/2020

Dr. Nassal
Dermatologue
2d, 4 Mars An
Etage 2 - Liban
Tel: 06 82 86 82 81 - Fax: 05 22 87 25 31

 **drelsoussiwissal@gmail.com**

☎ 05 22 87 26 81 / 06 62 86 82 81

☞ Bd 2 mars Andalous 3 n°741 étage 2 (croisement Bd 2 mars et Bd panoramique) Casablanca
☞ شارع 2 مارس أندلس 3, رقم 741 الطابق الثاني الدار البيضاء (تقاطع شارع 2 مارس المنظر العام)