

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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

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° P19- 0020730

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1603 Société : RM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAOUD MOSTAFA Date de naissance : 1945

Adresse : 400, Rte. La Palmerie Rte d'El Jadida Casablanca

Tél. : 0664 158800 Total des frais engagés : Dhs
0664 313338

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/08/2019

Nom et prénom du malade : CHORI SAMIA Age : 57

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

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : X

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0020730

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
26/8/19	CS	1	Grat	
11/09/19	CH	1	Grat	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

26/08/19

312,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

11/09/19

32,10

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

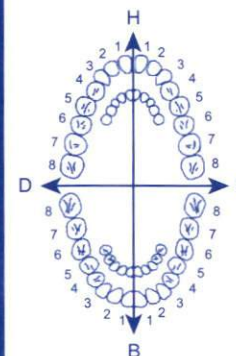
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D G

00000000 00000000

35533411 11433553

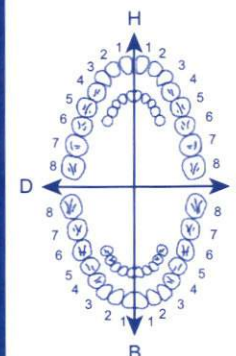
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Docteur **SOFIA EL MESBAHI**

DERMATOLOGUE-VENEROLOGUE
Specialiste des maladies de la Peau,
des Ongles et des cheveux
Maladies Sexuellement Transmissibles
Allergologie
Chirurgie de la peau
Médecine Esthétique (Peeling, Comblement,
injection de toxine botulique, PRP, Mésothérapie)
LASER



الدكتورة صوفيا المصباحي

ظافر والشعر

PPV

LOT

PER

74,60

Pharmacie MAMOSAS
Hind LAKHMIRI
Docteur en Pharmacie
400, Route d'El Jadida
CASABLANCA
Tel: 022-98 86 97-Fax: 022-98 24 76

Le: 26/08/2019

M^{me} CHATI SMIRA

66,40

1. Labixlen 20 mg ep 1cp le soir

2. Erbus 5 mg ep 1cp le matin

3. Calmuscob (cortical)

17,40 x 30 2 fois p

4. Dermoral crème 2 fois p

5. Fucisur crème 2 fois p

Bd Al qods (Angle Bd Haifa) Résidence Ryad Alqods GH3, imm1, Appt 06, 6ème étage, Ain Chock

شارع القدس (زاوية شارع حيفا) إقامة رياض القدس. عمارة 1 الشقة 6. الطابق 3 عين الشوك

الهاتف / الفاكس: 05 22 38 05 59

TOTAL: 312,50

Pharmacie MAMOSAS
Hind LAKHMIRI
Docteur en Pharmacie
400, Route d'El Jadida
CASABLANCA
Tel: 022-98 86 97-Fax: 022-98 24 76

Dr. Sofia EL MESBAHI
Dermatologue Vénérologue
Imm 1, No 6 - Bd Al Qods
Ryad Al Qods
Tel: 0522 38 05 59



EXP 12 2020
Lot 67970

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 17,40 DH
ID : 622129
6 118000 161295

Dermoval
0,05 % CREME

Tube de 10 g



EXP 12 2020
Lot 67970

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 17,40 DH
ID : 622129
6 118000 161295

Dermoval
0,05 % CREME

Tube de 10 g



EXP 12 2020
Lot 67954

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 17,40 DH
ID : 611229
6 118000 161295

Dermoval
0,05 % CREME

Tube de 10 g



Fucidine® 2%
crème Tube de 15 g

39,70

Fucidine® 2%
crème Tube de 15 g

39,70

Fucidine® 2%
crème Tube de 15 g

39,70

Clartec®

Loratadine

10mg

15 comprimés

Médicament Anti-Allergique

A14471

الدواء
إختف
الأمر
النج
إزالة
إزالة آثار

32,000

Le : 11/09/2019

ORDONNANCE:

M. CHATI SALMA

- 32,000
1. Clartec gp 1cp le soir
2. Eclus gp 1cp le matin

Pharmacie MIMOSAS
Lina LAKHMIRI
Docteur en Pharmacie
400, Route d'El Jadida
CASABLANCA
Tél: 022.98.86.97-Fax: 022.98.24.76

DR. SOHA EL MESBAHI
Dermatologue Vénérologue
Rés Ryad Al Qods, CH 3
Imm 1 No 6 - Bd Al Qods
CASA - Tél: 0522 38 05 59