

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
OBTENIR 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.

Optique 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.

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

Éducation :
 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.

Prothèse :
 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.
 Le 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

Déclaration : 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.

AS : 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° P19-0034565

ND° = 16834

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7537 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MOUSTAOUI LATIFA

Date de naissance : BY MANSOUR G. Rue des camilia

Adresse : 26.02.1962

Tél. : 0663-19-45-86 Total des frais engagés : 1720,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/12/2019

Nom et prénom du malade : MOUSTAOUI LATIFA 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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

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
17/12/19	C	2	200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/12/19	1520,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

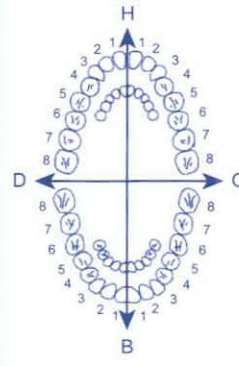
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"> </td> </tr> </table>	H				25533412	21433552			00000000	00000000			D	G			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																													
	25533412	21433552																												
	00000000	00000000																												
	D	G																												
	00000000	00000000																												
	35533411	11433553																												
	B																													
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																											
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																											
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Docteur RAMDANI Saïd

Dermatologue Vénérologue
Spécialiste de la peau - muqueuses
Cheveux & ongle - Allergies
Chirurgie de la peau
Enfants et Adultes
Cosmétologie - Laser

Diplôme de dermatologie - Casablanca
Attestation de formation approfondie
en dermatologie Bordeaux (France)

Diplôme inter universitaire de cosmétologie - Laser Paris
Diplôme de Maladies et chirurgie du cuir chevelu Lyon



Pharmacie VITA - CASABLANCA
TÉL: 05 22 98 43 21
FAX: 05 22 98 43 21
pharmacievita@gmail.com
465, Bd Ibrahim Rouhani
Val Fleuri Maarif - CASABLANCA

الدكتور رمضان سعيد

أخصائي أمراض الجلد والتناسلية
أمراض الشعر والأظافر - الفم والمسالك التناسلية
للأطفال والكبار

جراحة الجلد - أمراض الحساسية

دبلوم التخصص في الأمراض الجلدية بالدار البيضاء

شهادة التكوين المعتمق ببوردو (فرنسا)

دبلوم جامعي في التجميل لازير (باريس)

دبلوم أمراض وجراحة الشعر (ليون)

الجديدة، في: 17/12/19 El Jadida, le:

199,00 Novostocin Patiflo

87,10 Laver avec l'ipikar liuls

428,40 Rozex gel

307,00 clairial seu

69,00 x 6 Tetralysal 300

69,00 x 3 Ena cyl cp



اديس (الجامعة العربية سابقا) الشقة رقم 2 الطابق الأول - الجديدة

6, Avenue Mohammed VI (ex. la ligue Arabe) Appt. 2, 1er Et.

Tél. : 05 23 35 35 22 - الهاتف GSM : 06 63 72 04

1580,40

28,30

28,30

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070800

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070800

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070800

LOT/BATCH :



رقم التسجيل و تاريخ الانتهاء - انظر العبوة
ACL 34013600623 / CN 1818946
CNK 3350105 / CNP 7003079



3 401360 060753

28,30

escamp 250
= 500cp