

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.

Educations :

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 canaux, 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 canaux.

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° M20- 0003689

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06628 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FACHTALI RAHMA

Date de naissance : 04/03/1966

Adresse : 321 Lt Nannoss Der Bouazza Cas.

Tél. : 06 13 10 633 Total des frais engagés : 252 + 467 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/09/2021

Nom et prénom du malade : FACHTALI RAHMA Age : 55 ans

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

Nature de la maladie : ECZEMA PERIATROSE

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 : 29/09/2021

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

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
29/05/2021	U		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/05/2021	407,00
INPE 092099639		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

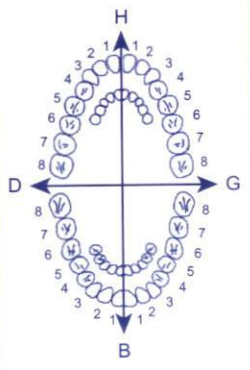
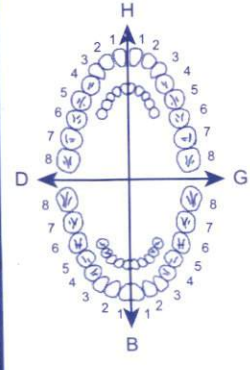
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Docteur Kaoutar Janati

Dermatologue - Vénéréologue

Ancien Médecin interne au

CHU Ibn Rochd et à l'hôpital SAR Moulay El Hassan

Diplômée en Médecine Esthétique

et lasers de l'université de Besançon - France

Maladies de la peau, cuir chevelu, ongles

Allergies - Brûlures - Chirurgie Dermatologique

Médecine Esthétique - Lasers

الدكتورة كوثر جناتي

إختصاصية في الأمراض الجلدية و التناسلية

طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد

و مستشفى الأمير مولاي الحسن

حاصلة على شهادة طب التجميل

و الليزر بزنسون فرنسا

أمراض الجلد الشعر و الأظافر، الحساسية

الحروق، جراحة الجلد، طب التجميل، الليزر



Casablanca le 29 / 9 / 2011

FACHTALI RANIA

66,00

1) Di ffeune Cierre

22,40 1 app 1 sui / 2

2) Myazale 100 gel

43,00 x 2 = 86,00 gel / ser x 4 semaine

3) Nycoster Selectus

1 app / 15

4) 84,20 Keloderm Sachet

2 x / semaine

5) 39,70 Puroderm Cierre

1 app x 25

6) 168,20 Augmentin 1g

3 x 15 pds

467,50

PHARMACIE
DES DARGES
DR. ALAMI ZINI
Mosquée Naours Loti
Casablanca - 0522 28

عمارة الشرف II، رياض الحي الحسني، «اليناس دارنا» شارع أم الربيع طريق الرحمة الطابق - الأول - الدار البيضاء

Imm charaf II, Groupe Résidentiel Ryad Hay Hassani (Alliance Darna, bd Oum Rabii Route Arrahma, 1ère étage - Casablanca

Tél : 05228-93399 / Gsm : 0668 31 87 43 - Email : janatikawtar@hotmail.fr

Lot: /EXP:

LAB4Y00

12-2022

Maphar
Béjika N° 6, QI,
Sidi Berrousi, Casablanca
Ketoderm 2% gel b8 sachet
P.P.V: 84,20 DH



43,50



قوسيدتين 2%
مرهم الوب من 15 غ



70,40

Lot:
Exp:
PPV:

DIFFERINE 0,1%
Gel, tube de 30 g
AMM N°300 DM P/21/NCV
PPV: 66,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P. N° 1 27182 Bouskoura Maroc



Uniquement sur Oruç
RESPECTER LES DOSES PAR

PPV: 168,20 DH
LOT: 645311
PER: 05/22

