

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-523020

MP- 31570

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9099

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

FARIS HACHEL HACHEL

Date de naissance :

10/03/66

Adresse :

161 bi hml

Tél. :

06 6119 63 97

Total des frais engagés

Dhs



Cadre réservé au Médecin

Docteur V. DEVICO

DER - Centre GUB

218, Av. de l'Indépendance Ben Abdallah

- Casablanca -

Tél: 05 22 24 11 19 / 05 22 40 50 82

Date de consultation :

20 FEV 2020

Nom et prénom du malade :

FARIS HACHEL

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection

dermatologique

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 : 1/1/2020

Signature de l'adhérent(e) :



| 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 |
| 0 FEV 2020 | Ca | 1 | 400PHT | INP : 091044834 Docteur V. DEVICO JDN 101765918 218, Avenue de la République, Zitouna Tél: 09 22 34 22 05 22 40 50 82 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|--------------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <i>Pharmacie VIE D. Yassine F. Z.Z. Single Avenue de Bouskoura 20100 Ahmed Z. Tel: 0522 39 14 88</i> | <i>de 20/10/20</i> | <i>F = 830,50</i> |

| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|---|------------------|-------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|
| 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 | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | | | 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 PROTHÈSES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px;">25533412</td> <td style="width: 50px;">21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;">D</td> <td style="border-top: none;">G</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: none;">35533411</td> <td style="border-bottom: none;">11433553</td> </tr> </table> B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 35533411 | 11433553 |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |

Docteur Victory Devico

Dermatologue

Membre de la société française de dermatologie

Centre Dermo - Laser

218, Av. Ambassadeur Ben Aïcha
Tél. : 05 22 24 11 19 / 05 22 40 50 82
Casablanca

الدكتور فيكتوري دوفيكيو
أمراض الجلد
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجلد
مركز درمو-الليزر

شارع السفير بن عائشة 218

الهاتف : 05 22 40 50 82 / 05 22 24 11 19

الدار البيضاء

Pc 20 Fen

300

115

150

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

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

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

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

DIFFERINE 0,1 %
crème, tube de 30 g
AMM N° 291 DMP/21/NCV
P.P.V: 72,50 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

6 118001 070206

SV SV

184,00

SV SV

168,00

SV

218,00

330,50

Prise de sang
à la fin (1er
jour enceinte)

Prise de sang
en 2 fois
septembre =
Clen dan
- P

Reprise lotion
(Visage et
tête)

Dos). -
5 Eau حفاظات
Brotoothies

Docteur V. DEVICO
DERMATOLOGUE

218, Av. de l'Ambassadeur Ben Aïcha
- Casablanca -
Tél: 05 22 24 11 19 / 05 22 40 50 82

pharmacie VICTORIA
Dr. Yasmine Razzouk
Angle Avenue de Nîmes N° 21
Abidjan - Tél: 0222 39 14 65

بالمعاد : أيام الإثنين، الثلاثاء والخميس من التاسعة صباحا إلى الثانية عشرة، ومن الثانية إلى الثالثة بعد الظهر والجمعة صباحا من التاسعة صباحا إلى الثانية عشرة

Sur rendez-vous les Lundi - Mardi - Jeudi de 9h à 12h et de 14h à 15h, et Vendredi matin de 9h à 12h
مغلق يوم الجمعة بعد الظهر وكل يوم الأربعاء والسبت
Fermé le Vendredi après midi et les Mercredi et Samedi toute la journée