

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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



Déclaration de Maladie

N° W19-489083

31618
M631618

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 12592

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Boulaq SAAD

Date de naissance : 17/06/1987

Adresse : Tma 9 App 2 RIAD ALMAJD HAY EL PATH
RABAT

Tél. : 0669165945 Total des frais engagés : 505 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Dr. Mounir SBAI
Dermatologue
N° 24, Plage Guyville - Harhoura
Tel: 05 37 40 40 80 / 06 61 41 13 66

Date de consultation : 19 NOV. 2019

Nom et prénom du malade : Saad Boulaq

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : RABAT

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 19 NOV. 2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
9 NOV 2019	Ca	Ca	300	INPI 101171403 Dr. Mounir SBAI Dermatologue Cuvilly - Harhoura

Dr. Mounir SBAI
Dermatologue
24 Plage Guyville - Harhoura
52 766 61 41 18 66

N° 24. Plage Guyville 25 27 49 40 80 106 61 41 18 55

N° 24. Plage Guyville 25 27 49 40 80 106 61 41 18 55

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		205.00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE 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 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		G		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000																				
35533411																				
G																				
B																				
				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'EXECUTION

Dr. Mounir Sbai

Spécialiste en dermatologie

Dermatologie esthétique

Pathologie de l'ongle et cheveux

Laser Dermatologique

Ex. directeur de l'Hôpital Aïn Chok



الدكتور منير السباعي

أخصائي أمراض جلدية

أمراض الشعر والأظافر

ليزر

تجميل

مدير سابق بمستشفى عين الشق

19/11/2019

Harhoura, le :

Ordonnance

BOULAM Saad

1 - Locatop crème

une fois par jour pendant 10 jours

2 - ialuset crème

une fois par jour

Dr. Mounir SBAI
Dermatologue
N° 24 Plage Guyville - Harhoura
Tél: 05 37 40 40 80 / 06 61 41 18 66

تجزئة دينيا رقم 24 شاطئ كيفيل الهرهورة - مeara

Tél.: 05 37 40 40 80 / 06 61 41 18 66 - E-mail: dermatologieharhoura@gmail.com

IF : 40264991 - CNSS : 8612170 - INPE : 101171403 - ICE : 001754182000052

0,1% **LOCATOP**

0,1% **LOCATOP**

0,1% **LOCATOP**

Desonide 0,1%
Creme usage local

LOCATOP®

LOCATOP 0,1%
CREME T30G

P.P.V : 00H00



LOT : 9MA094
PER : 01 2022

30 g
TUBE

Pierre Fabre
Dermatologie

30 g

Pierre Fabre
Dermatologie

27810-01
08/09



ialuset® crème 100 g

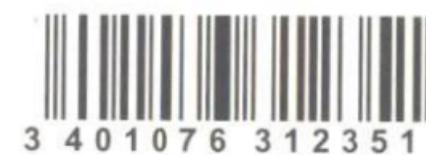
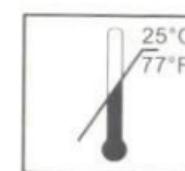
Acide Hyaluronique



USAGE EXTERNE

MISES EN GARDE - PRÉCAUTIONS

- Ne pas laisser à la portée des enfants.
- Ne pas utiliser en cas d'allergie à l'un des constituants.
- Ne pas appliquer l'embout du tube directement sur la plaie.
- Bien refermer le tube après chaque utilisation.
- À utiliser dans les 6 mois après ouverture.
- Ne pas utiliser si l'emballage extérieur est endommagé.
- Conserver à une température inférieure à 25°C.



3 401076 312351

Laboratoires
Genevrier

Grigio 424

Verte 311

Green C

ZENITH Pharma
PPC:175,00 DH