

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.

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.

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



051
n° 31887

Déclaration de Maladie : N° P19- 0013518

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7297 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : OUADI ABDELKEBIR Date de naissance : 17-03-67
Adresse : FOREST PARK N18 VILLE VERTE
Tél. : 06 61335681 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

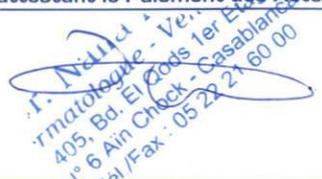
Cachet du médecin :
Date de consultation : 21/04/2020
Nom et prénom du malade : OUADI ABDELKEBIR Age : 53 ans
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : Démence agée
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASA Le : 21/04/20
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
21/04/2020		62	300,87	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/04/2020	967,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

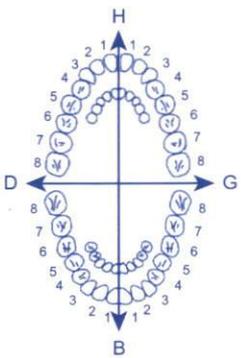
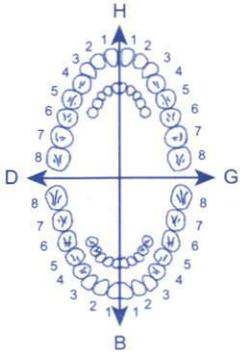
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canaux, ainsi que le bilan de

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
00000000		00000000																	
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'EXECUTION



Docteur Naila DRAOU
Dermatologue Vénérologue

Note d'honoraires N° : 3053/20

A la suite de la consultation du 21/04/2020

Dr Naila DRAOU, médecin spécialiste présente à M

Muachi ASSOUKLEBIN

Domicilié(e) Des Jert park villa 18. Ville Verte
Bouskama Casa

Suivant l'usage, la note d'honoraires qui s'élève à la somme

de : 300 Dhs , réglée : Espèces, Chèque,

En vous souhaitant bonne réception.

Casablanca, le 21/04/2020

Dr. Naila DRAOU

dermatologue vénérologue
405, Bd Al Qods, Résidence Essakane El Anik, 1^{er} étage N° 6, Ain Chok - Casablanca,
1^{er} étage N° 6, Ain Chok - Casablanca,
Tel. / Fax : 05 22 21 60 00

405, Bd Al Qods, Résidence Essakane El Anik, 1^{er} étage N° 6, Ain Chok - Casablanca
Patente : 34017974 - IF : 14449999 - ICE : 001678412000015 - INPE : 131072894 - CNSS : 9707409

Tél. / Fax : 05 22 21 60 00 - E-mail : drdraounaila@gmail.com

شارع القدس، إقامة السكن الانيق، عمارة 405، الطابق الاول رقم 6 - الدار البيضاء

15 J F 10 J



④ Kyzell 5 J 4. x 2

2 4 1 J le 20 à 22

F 1 min

967,80

D. Nalla
Dermatologue - V
405, Bd. El Qods 1er Etage
6 Am Chock - Casablanca
Tél/Fax : 05 22 21 60 00

15 J

de



Docteur Naila DRAOU

Dermatologue Vénérologue

Doctorat et spécialité à la Faculté de Médecine de Casablanca
Diplôme de cosmétologie - Médecine Esthétique et Lasers à
la Faculté de Médecine de Besançon (France).

Peau - ongles - cheveux - médecine esthétique - chirurgie - épilation et traitements lasers

Casablanca, le : 21/04/2020

Madame, Monsieur :

OUASSI ABDEL KEBIR

① 261,40
de l'ora de l'ora Xeracalm
Ha l'oveste

248,40
Deayane Emollient
1 x / J 400 ml
1 x / J le neti

③ 367,24
Preparation S.P.
Cold cream Avene 100 ml 7F
De rosol (U) 2F
1 x / J le soir au n
2 x plaps P 10 J

DEXYANE

Sans PPV

Todos os produtos dos laboratorios DUCRAY são testados por médicos e farmacêuticos. Cada lote de fabrico é submetido a um controlo rigoroso.

All DUCRAY products are systematically evaluated by doctors and pharmacists, and undergo thorough testing during each stage of production.

Dichlorhydrate de Lévoétirizine
28 comprimés pelliculés

Xyzall 5 mg

90,50

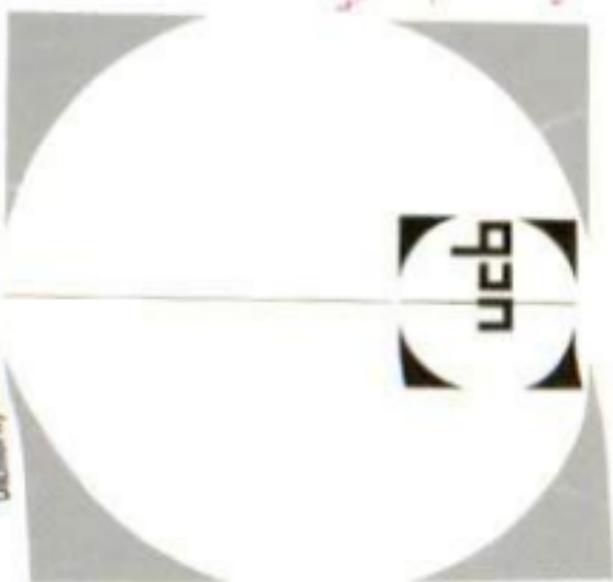
LOT 192542 1

EXP 11 2023

PPV 90 50

5 A 10

Xyzall 5 mg
Dichlorhydrate de Lévoétirizine*



Xyzall 5 mg
28 comprimés pelliculés



Non remboursable AMU