

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

0 Réclamation	: contact@mupras.com
0 Prise en charge	: pec@mupras.com
0 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.

Maladie Dentaire Optique Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07A33 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ABDERRAHMANE BOUAFIA

Date de naissance : 05/01/91

Adresse : i.attouf@gmail.com

Tél. : 0663288133 Total des frais engagés

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/09/2016

Nom et prénom du malade : BAHADIR SKARAD Age: 18

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dermatosie

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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je décl
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA Le : 09/03/2016

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
09/09/2010			250,00	INP : 091111111089

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE ALKHAR N°144, Lot 532514 Tél: 05 22 53 22 33	09/09/2010	33,96

ANALYSES - RADIGRAPHIES

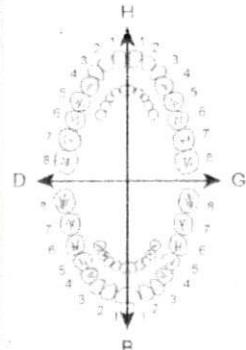
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	<input checked="" type="checkbox"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX	Coefficient
				25533410 21433652 00000000 00000000
				00000000 00000001 25533411 11433652
				B
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Docteur Narjiss BOUANANE

Dermatologue - Vénérérologue

Spécialiste des Maladies de la Peau, de l'Ongle et du Cuir chevelu, Maladies Sexuellement Transmissibles Chirurgie de la Peau, Médecine Esthétique

Epilation - Laser

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca



et 2010912015
الدكتورة نرجس بوعنان

طبيبة الجلد والأمراض التناسلية

اختصاصية في أمراض الجلد، الشعر والأظافر

الأمراض التناسلية - جراحة الجلد

طب التجميل والليزر

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

Casa, le 09/09/2015
الدار البيضاء، في

BATIADI SKRAD

٢٢٣٥

۱) Dermo Flex ۲۰۰ مل

۱۰۰ مل قر لـ نفحة

۱۵۲,۷۰ مل

۲) Ecolfoste ۳۰ مل ضد نوبات

PHARMACIE ALKHAIR
N°1 EL BADR - DEROUA
Tél : 0522 532 514

۱ ۳۰ x ۳۵

39,۰۰ x ۱ لتر (n° ۲)

۳) Diproterix ۲۰ مل ضد نوبات
۱۶۹,۶۰ ۱ ۳۰ x ۳۵

270، الطابق الأول - إقامة الأزهار (عثمان) شارع التضامن حي الأزهار - سيدى البرنوصي - الدار البيضاء الهاتف : 05 22 73 75 00

270, 1er Etage - Résidence Al Azhar «Othmane» - Bd. Attadamone - Hay Al Azhar - Sidi Bernoussi - Casablanca

Tél. : 05 22 73 75 00 - Email : narjiss29677@yahoo.fr

87,30

LOC TOP 0,1%
FEB 04 2023
PPV 40,00 DH

Dermofix® crème
Sertaconazole

PROMOPHARM S.A.



LOCATOP 0,1%
CREME 30G

P.P.V : 30DH00



49,63 app 1 soir / 2 x 75,
⑤ Dermovel gel

1 app / 1 x 75,
1 app / 1 x 75,



339,6



P.P.V : 30DH00

LOT : 20E016
PER. 05/2023

O LOCATOP 0,1%
CREME 30G

ID : 645094
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 40,00 DH
6 118000 181301