

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

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° W19-554635

132528

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 368L

Société : LAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SKALLI FOTACAH KHAOUA

Date de naissance : 08/09/66

Adresse :

8 LOTISSERIE HIND CHI FOANT

Tél. : 0661 065391

Total des frais engagés : 210 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 9 AOUT 2022

Nom et prénom du malade : SKALLI Aman

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 06/10/2022



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
19 AOUT 2022	CS		256,-00	Inpe 091246934

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

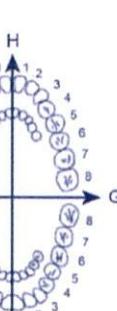
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

BELLEVE 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"/>
				CŒFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
			$\begin{array}{c c} \text{H} & 25533412 & 21433552 \\ \hline \text{D} & 00000000 & 00000000 \\ & \hline & 00000000 & 00000000 \\ & 35533411 & 11433553 \end{array}$	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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

Dr. Ramid Hind
Dermatologue
Médecin Esthétique & Laseriste

- Lauréate de la Faculté de médecine de Casablanca
- Diplômée en Médecine Esthétique et Laser de l'université de Versailles Paris - France
- Ancienne interne à l'hôpital Saint Louis à Paris - France

JR

الدكتورة الرميد هند
طبيبة متخصصة في أمراض الجلد
و طب التجميل و الليزر

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

حاصلة على دبلوم في طب التجميل و الليزر من جامعة فرمسي بفرنسا

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى سان لويس بباريس - فرنسا

Le: 29 AOUT 2022

في:

Facture

Inpe: 091246934

Je soussignée **الدكتورة الرميد هند**
طبيبة متخصصة في أمراض الجلد و طب التجميل و الليزر
Dr. Ramid Hind
Dermatologue, Médecin Esthétique & Laseriste
Bd El Qods, Résidence les Princes imm B,
2ème Etage N°6 - Casa - Tél: 0520 43 33 34

R. Skalli Amara c'est présenté aujourd'hui
du cabinet pour une consultation.

Certifié que

Frais de consultation : # 250,00 DH
deux cent cinquante dirhams

Je soussignée **الدكتورة الرميد هند**
طبيبة متخصصة في أمراض الجلد و طب التجميل و الليزر
Dr. Ramid Hind
Dermatologue, Médecin Esthétique & Laseriste
Bd El Qods, Résidence les Princes imm B,
2ème Etage N°6 - Casa - Tél: 0520 43 33 34

شارع القدس اقامة الأمراء مدخل ٦، الطابق الثاني الشقة رقم ٦ - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 21 36 37 - البريد الإلكتروني: dr.ramidhind@gmail.com

Bd El Qods, Résidence les Princes imm B, 2ème Etage, N°6 - Casablanca
Tél: 05 22 21 36 37 - E-mail: dr.ramidhind@gmail.com