

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

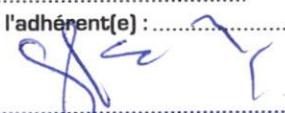
Matricule : 754 Société : A60476
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : S. KALI FATHOUK
 Date de naissance : 1946
 Adresse : Residence AL HAMD - FATHI SELEM
 Tél : 0644282198 Total des frais engagés : 780 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 10/05/2023
 Nom et prénom du malade : EL ALAOUI BAHIJA Age : 1948
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Dermatose
 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 10/05/2023

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10/05/23 | 03 | 10000 | |  Dr. Jean-Louis GOUILLAMIA Médecin Généraliste, Imm. CLL - Caspablanca 10/05/23 |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|----------|-----------------------|
| PHARMA-PIRELLIS | 10/01/23 | 680,65 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

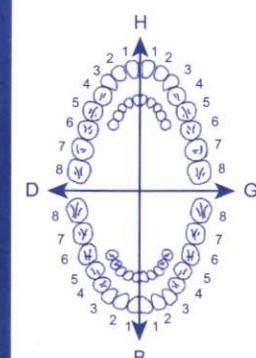
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste des maladies et chirurgie de la peau,
de l'ongle, du cuir chevelu et des maladies
sexuellement transmissibles, Médecine Esthétique,
Cosmétologie, Allergologie, Laser



الدكتورة لمياء بلو

اختصاصية في أمراض وجراحة الجلد،
الأظافر، الشعروالأمراض التناسلية
طب التجمل - التجاعيد والحساسية
اللазير

DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE

Casablanca le 10/09/2023

10/09/2023

Mme - el Alaoui Bahiya

28,60

1) Arélix 40 mg le soir.
Au moins



2) Plastiderm patch

206,50 mg/1

2) Réparation (SP)

} - Ketual em
} - Denoval em

1 app x 2/18 3g par jour

3g puis x 2/sem. 2 sem.

LOT : 168
PER : AUT 2025
PPV : 88 DH 40



imm. 3, Appt 11, Cité des Jeunes, rue de l'Atlas CIL, Casablanca 20210

إقامة الشباب - زنقة الأطلس سينما عمارة رقم 3 - الشقة 11 - الدار البيضاء 20210

176, 2^o
Contour yeux Palpebral

1 app x 2 en coache
épaisse.



Dr BELLOUIL LAMLA
Dermatologue - Vénérologue
Rue de l'Atlas Cité des Fleurs, Imm 3
Appt 11 - CIL - Casablanca
tel 05 22 90 75 75 / 05 22 90 76 76