

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input checked="" type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

N° W21-829167

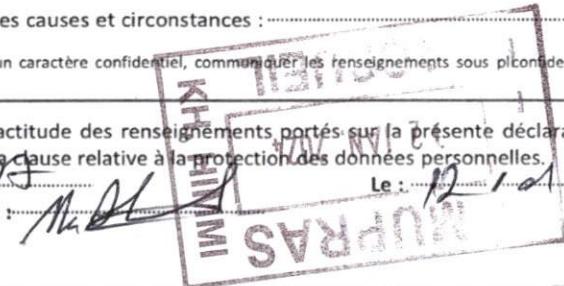
190260

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8969	Société : RSM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL FATHI LALAOUY M' AHMED			
Date de naissance : 26/09/72			
Adresse : RUE MOHAMED FAKIR N° 0 nc 14 Dpt			
Tél. : 0661 06 36 21 Total des frais engagés : 1067 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :  Dr. FELLAHI ALL Dermatologue-Vénérologue B.1 Mokhtar El Garanau Sidi Bernoussi Casablanca Tel: 05 22 759 843			
Date de consultation : 27 DEC 2022			
Nom et prénom du malade : EL FATHI LALAOUY med BADR Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> 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 : Casablanca Le : 12/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : 



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Dr. Yvesmine BELHETTA Pharmacie JANE VICTORIA</p> <p>Tel : 05 26 10.10.40 101, ANNEXE BLOC 8 N° 337 - Casablanca</p>	20/03/2023	€ 9.17

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																								
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																								
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : _____																				
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><hr/></td> <td style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>	<hr/>	D	G			00000000	00000000	35533411	11433553			B			
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	<hr/>	<hr/>																						
	D	G																						
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
B																								
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																								
COEFFICIENT DES TRAVAUX 																								
MONTANTS DES SOINS 																								
DEBUT D'EXECUTION 																								
FIN D'EXECUTION 																								
COEFFICIENT DES TRAVAUX 																								
MONTANTS DES SOINS 																								
DATE DU DEVIS 																								
DATE DE L'EXECUTION 																								

EPIDUO GEL
 Tube de 30 g
 PPV: 146,60 DH
 AMM N°02 / 14 DMP / 21/NNQ
 Distribué par SOTHEMA
 B.P. N°1,27182-Bouskoura
 6118001 071692

GALDERM

Ali

Dermato - Allergologie
 Chirurgie Dermatologique
 Dermatologie esthétique
 LASER

Tél.: 0522 75 58 43

GSM : 0624 75 55 95

Casablanca, le 27/12/2023

PPV :

LOT :

PER :

LOT :

PER :

الحر
أمراض
الحساس

جراحة الجلد
علم التجميل والليزر

الهاتف : 0522 75 58 43

المحمول : 0624 75 55 95

Monsieur EL FATHI LALAQUI MOHAMED BADR

21 b. 1) EFFACLAR H CREME LAVANTE

toilette du visage 1 fois / jour.

S.V

2) EPIDUO GEL

1 appl. / soir visage pdt 2 mois

S.V

3) DCP MOIST INTENSE

30 minutes après EPIDUO et au besoin.

S.P

4) ISTACYNE 100MG

1 cp. / j après le repas pdt 2 mois. N°6

S.V

5) LAROCHE POSAY PURE NIACINAMIDE 10

1 appl. / matin sur le visage.

S.P

6) SKINING ECRAN PEAUX MIXTES

1 APPL / matin et toutes les 2h.

Lot. ANNA SAR, Bld. 8 N° 337 - Casablanca
 Dr. YASSINE BELKHEFTAB
 Pharmacie JNANE VICTORIA
 Tel: 0526.10.10.10
 Tél. ANNABA, 868 N° 337 - Casablanca

شارع مختار بن أحمد الكرناوي، مجموعة 115، رقم 5 القدس، سيدى البرنوصي، الدار البيضاء (أمام مسجد القدس)
 Dr. Yassine Belkheftab
 Dermatologue et Vénérologue
 Mokhtar Ben Ahmed El Guernaoui
 Al Qods Sidi Bernoussi, Casablanca
 Specialisé en Dermatologie et Venereologie

شارع مختار بن أحمد الكرناوي، مجموعة 115، رقم 5 القدس، سيدى البرنوصي، الدار البيضاء (أمام مسجد القدس)

N° 5 Bd Mokhtar Ben Ahmed El Guernaoui, Al Qods Sidi Bernoussi, Casablanca

GSM : 0624 75 55 95 - Tél.: 0522 75 58 43 - E-mail : afellahi@gmail.com

