

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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hôpital Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com


Déclaration de Maladie

№ W19-432752
32716

Maladie
 Dentaire
 Optique
 Autres

Matricule : **1651**
 Actif Pensionné(e)
 Nom & Prénom : **AMINE Abderrahmane**
 Date de naissance : **24-10-1949**
 Adresse : **122 lot EL FATH II - Sidi Maârouf CASA**
 Tél. : **066 131 272**

Société : **RAM**
 Autre :
 Total des frais engagés : Dhs

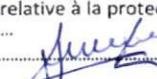
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. SOFIA SEFRIOU CHAOH
DERMATO-VENEREOLOGUE
Av. Mohamed V Casablanca*

Date de consultation : **08/07/2020**
 Nom et prénom du malade : **AMINE Abderrahmane**
 Age:
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : **Demato-vigoreux**
 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 : **08/07/2020**
 Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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
08/07/2020	8		800000	INF : 08.1727345 DR. SOU PERIN AV. 02-23-34-03

• EXECUTION DES ORDONNANCES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fauchisseur	Date	Montant de la Facture
1 PHARMACIE 30 Bis Fath El Sidi Mouloua CASABLANCA Tél. 0522 78 62 03	08/07/2010	298,-80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Sofia SEFRIoui CHAOUI

Spécialiste en DERMATO-VENEREOLOGIE

- Maladies de la peau, de l'Ongle et du cuir Chevelu
- Maladies sexuellement transmissibles
- Cosmétologie

196, Avenue Mers Sultan
2ème Etage - Casablanca
Tél.: 05.22.26.54.69

الدكتورة صوفية الصفريوي شاوي

اختصاصية في :

- أمراض الجلد، الشعر واللثة
- الأمراض التناسلية
- الطب التجميلي

196. محج مرس السلطان
الطابق الثاني - الدار البيضاء
الهاتف : 05.22.26.54.69

Casablanca, le 08/07/2020

Dr AMINE Abderrahmane

Mme Omifine es (bte de les)

l Coq. midi + Fj

87.30 mis les 18/2

21 Dermofix ecreu

79,50 ecreu 1 83

31 Candidos obat. levant



N° 15/07/2020

298,80

DR. SOFIA SEFRIoui CHAOUI
DERMATO-VENEREOLOGUE
196, Avenue Mers Sultan - Casablanca
Tél: 0522.26.54.69



VILA PHARMAC
30 Bis Fath II Sidi Maârouf
Casablanca
Tél: 0522.78.62.05

Lot: 9325
A utiliser de
préférence avant le: 12/2022
PPC: 79,50 DH



8 032578 476033

