

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.

Biologie 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.

Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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° P19- 0011932

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 941

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELIDRISSI Amiri YOUSSEF

Date de naissance : 06/04/71

Adresse :

Tél. : 0663697004

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/06/2020

Nom et prénom du malade : ELIDRISSI Amiri AKRAM Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : DEMANDOSE

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 : / /

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 |
|----------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 16/6/90 Consultation | C3 | | 300 Dhs | <i>[Handwritten signature and stamp]</i> |
| | | | | <i>[Handwritten signature and stamp]</i> |
| | | | | <i>[Handwritten signature and stamp]</i> |
| | | | | <i>[Handwritten signature and stamp]</i> |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| <i>MACIE AYMANE MEDACH KAMAL Van Fleuri 3 Bis, Rue Henri Izquierdo Casablanca Télé: 0522 59 69 21 Fax: 0522 59 69 21</i> | 16/6/90 | 1864.70 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

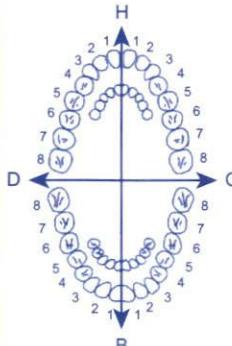
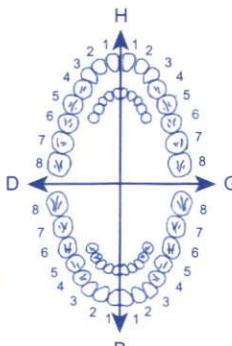
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaire, ainsi que le bilan de

| 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | H | 25533412 21433552 00000000 00000000 | G | |
| D | 00000000 00000000 | B | 35533411 11433553 | 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

Professeur Souad HABIB EDDINE

Spécialiste en Dermatologie Vénérologie
Ex Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca
Dermatologie Pédiatrique
Lauréate de l'Université de Bordeaux 2 :
Dermatologie Esthétique, Lasers, Cosmétologique

Sur rendez-vous

الدكتورة سعاد حبيب الدين

اختصاصية في الأمراض جلدية والتالسيمية

أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

أمراض الجلد عند الأطفال

حاصلة على دبلوم طب التجميل والليزر من جامعة بوردو 2

بالموعد

Casablanca, le 16.06.2020 الدار البيضاء، في :

EL IDRISI Amri Akram

4 front My's = 100g x 21.
3960
4 Clees deau = 100g x 10.
2000 m
2 x 15.

31 Excipial 410 lipolite
100g.

41 Dave S.V Cela V gel anti-roseola
9050 81 Xyzol 60g x 15.
100g

3490 61 Cem cheveu - 80ml
3490 100g x 10.
184,80 31 DS H.A. AYMANE LOT 7005
PHARMACEUTIQUE AYMANE
AGUEDACHAMAT UT. AV 12 - 22
Boulevard Val Fleuri 3000 Casablanca
Téléphone: 0522 99 69 22
Fax: 0522 99 69 22

زاوية شارع الزرقطوني، زنقة ابن بوريد، إقامة تزيهية 2، الطابق الثاني (معلم ثانوية شوقي) - الدار البيضاء
Angle Bd. Zerkouni, Rue Ibn Bouabdil - Résidence Naziha II bureau 2ème étage (en Face du Lycée Chawki) Casablanca

Tél. : 05 22 99 31 99 الهاتف :

8/ DS Hair shear anti-pellic
a alterne avec

DS hair doux



Professeur HABIB EDDINE Soraïd
Dermatologue - Veneréologue
Angèle Bd. Zerhouni - Rue Idriss Bourzadi
Resid Nizha 11 - Zemra El Aïge
Casablanca - Tel : 022.99.31.99