

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 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

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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01045 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663011265

Total des frais engagés : 250, + 149 : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/09/2020

Nom et prénom du malade : SKI.R.E.D.J. CHAKIB

Age :

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/09/2020

ACCUEIL

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
01.09.2000	CS		250,00	Docteur A. B. C. D. E. F. G. H. I. J. K. L. M. N. O. P. R. S. T. U. V. W. X. Y. Z. Bres. R.S. Angle Bd Rur Anz 22 25 23 09 - 06 00 16 45 09

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE M. M. M. 2300 AV. SAINT-JEAN</i>		149,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

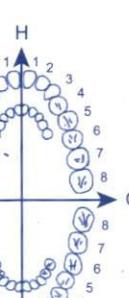
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
																						
MONTANTS DES SOINS																						
DEBUT D'EXECUTION																						
FIN D'EXECUTION																						
COEFFICIENT DES TRAVAUX																						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">D</td> <td style="text-align: center; border-top: none;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">B</td> <td style="text-align: center; border-top: none;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	D		G	B	00000000	00000000	B		B	H	35533411	11433553
H	25533412	21433552																				
D	00000000	00000000																				
D		G																				
B	00000000	00000000																				
B		B																				
H	35533411	11433553																				
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																						
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

- Maladies de la peau, des ongles,
et du cuir chevelu
-Infections Sexuellement Transmissibles
-Dermatologie Esthétique, Cosmétologie,
Lasers

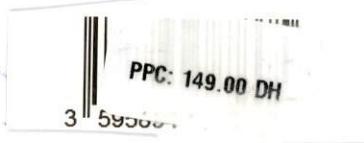


اختصاصية في الأمراض الجلدية
أمراض الجلد، الشعر والأظافر
الأمراض التناسلية
طب التجميل والليزر

Casablanca le 01 SEPT 2020

J. Chakib Skicej

Beads:



1- keracid : topplication | le soir
sous occlusion

2- Oyo ugo stop verme
topplication | 1 semaine

corps:

3- Sun Sechee Lait 88F 50°
app 12h in exposition

4 - Sensifine Are creme
l'application x21 | matin
zni

Docteur Nida ZERGUALI O.
Chercheur et Médecinologue
Rés. Rue D'Alphonse 1000 Casablanca
Angle Bd des Anzures et Rue Caïd Al Achour
Tél. 252308 - 06 60 16 45 60