

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 canaux, 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 canaux.

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.

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° W19-458099

ND 44771

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3218 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELTID Zain

Date de naissance : 18/12/54

Adresse : n° 39 Cité Dahab Agadir

Tél. : 06 61389556 Total des frais engagés : 362,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. ABDOUL-HAN NASSILA S.E.S DERMATO - VENERELOGIE 2, Angle Rue Bakay & Rue Moutaeh Q.I. - AGADIR Tél: 05 22 84 34 44

Date de consultation : 22 MAI 2020

Nom et prénom du malade : BELTID Zain Age : 64

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 : Agadir

Le : 22 / 05 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-458099

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3218

Nom de l'adhérent(e) : BELTID Zain

Total des frais engagés : 362,80 dh

Date de dépôt :

RELEVÉ 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
12 MAI 2020	G	1	250,00	INF : 041115411 Dr. ABDOUL-HAM NASSILA C.E.S DERMATO - VENEROLOGIE 2, Angle Rue Bakou - Rue Harraketh Q.1. - ALGER

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date 22/05/2020	Montant de la Facture 11280

[illegible]

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

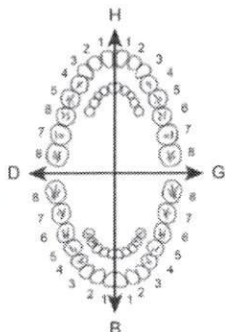
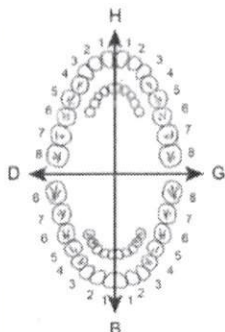
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr NASSILÁ ABDOUL-ILAH

Spécialiste diplômé de la faculté de médecine de NANCY

Membre de la société française de Dermatologie

Maladies de la Peau, Cuir Chevelu, Ongles

Maladies sexuellement transmises

DIU Dermatologie Pédiatrique

Dermatologie Esthétique

الدكتور نسيلة عبد الإلاه

إختصاصي خريج كلية الطب بنانسي

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجلد

أمراض الجلد و الشعر و الأظافر

الأمراض الجنسية المعدية

أمراض الجلد عند الأطفال

طب تجميل الجلد

Agadir, le : 22 MAI 2020 : أكادير, في :



LOT / BATCH: 15247
FAB / MFR: 01-2019
EXP: 12-2021

PPV: 66,80 DH

Beljid Zineb.



Beladine S.V.
4610 fus la bi/ette



Flammazone
66.80



207 sw Lesioy

PHARMACIE CHAAB
Mme. N. KHIYATI HARRAK
Rue Pt. Bekkay Q.I. - AGADIR
Tél: 05 28 84 75 84

Dr. Abdoul-ilah NASSILA
C.E.S DERMATO - VENEROLOGIE
2, Angle Rue Bankay & Rue Marrakech
Q.I. - AGADIR
Tél: 05 28 84 54 41

2. ملتقى زنقة مراكش و زنقة البكاي عمارة أوبدار 80020 أكادير
2, angle rue de Marrakech et rue Bekkay Immeuble Oubidar 80020 AGADIR

Tél: 05 28 84 54 41 - E-mail: abdnas@ymail.com

INP: 041115411 - ICE: 001577981000017