

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 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

- Reclamation : 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-499156

AD- 21275

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6076

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DHISI

SALAH EDWINE

Date de naissance :

15/01/56

Adresse :

LOT. MAWRAS 267 DABOUAZZA-NOUACEUR

Tél. :

0661183466

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR EL WADY ZOHRA
DERMATOLOGUE
21 Place Charle Nicole
n°4 CASABLANCA
Tél.022 27 69 82

Date de consultation :

01 FEV 2020

Nom et prénom du malade :

DHISI AYMAN

Age : 2003

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Derm

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous p 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.

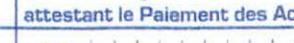
Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/02/2020



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
1 FEV 2020	Cr DV	1	300,00	 DR EL WADY ZOHRA DERMATOLOGUE 21 Place Charles Nicolle n°4 CASABLANCA Tel.022 27 69 00

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21-02-2002	1 = 426,65

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

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

VOLET ADHÉRENT

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 l'ODF.																					
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX																	
				MONTANTS DES SOINS																	
				DEBUT D'EXECUTION																	
				FIN D'EXECUTION																	
					D.O.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
						H	G														
						25533412	21433552														
						00000000	00000000														
						00000000	00000000														
35533411	11433553																				
B																					
CCEFFICIENT DES TRAVAUX																					
MONTANTS DES SOINS																					
DATE DU DEVIS																					
DATE DE L'EXECUTION																					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																					

Docteur F. Zohra EL WADY

Dermatologue

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Poitiers (France) - Montréal (Canada)
Ex-Médecin attachée des hôpitaux de Paris

Esthétique, Laser, Cosmétique
(Peeling, Mésothérapie, Botox,
Comblement)



الدكتورة فاطمة الزهراء الوادي

اختصاصية في أمراض الجلد الفم والأعصاب

خريجة كلية الطب ببيهار (فرنسا) - مونتريال (كندا)

ملبية سابقاً بمختبرات باريس فرنسا

طلب التجميل
اللaser
علاج التجاعيد

Casablanca, le : الدار البيضاء : 2020

01.02.2020

Mr DHISSI Ayman

ل ٢٨٤

1 URIAGE D.S. GEL NETTOYANT Gel moussant régulateur T/150ml

Toilette corps et cuir chevelu

ل ٢٨٦

2 URIAGE D.S. EMULSION Emuls soin régulateur T/40ml!

1 application x 2 par jour visage et après chaque toilette du visage

3 KETODERM 2 % crème : T/15g

ل ٢٢٣

ل ٢٨٧

2 applications / jour pendant 1 mois sur les zones atteintes du visage et du cuir chevelu

ل ٢٨٨

RC : 399369
Tél : 05 22 27 69 82
Dar Bourzat
Route d'Azemmour Km 15
PHARMACEUTICALS
SIDI AÏ
CASABLANCA

ل ٢٨٩

ل ٢٩٠

ل ٢٩١

ل ٢٩٢

ل ٢٩٣

ل ٢٩٤

ل ٢٩٥

ل ٢٩٦

ل ٢٩٧