

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

- 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.

Maladie **Dentaire** **83274** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **11621**

Société :

Actif **Pensionné(e)** **Autre :**

Nom & Prénom : **AZUATUI YOUSSEF**

Date de naissance : **04/02/74**

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : **18/01/2020**

Nom et prénom du malade : **AZLA GUI YOUSSEF**

Age: **46 ans**

Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie : **DERMATOLOGIE**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **ACCIDENT**

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 : **03 MARS 2020**

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
18/01/16	C2	C2	2.000 Dhs	INP : 091089632 Dr. M. A. S. T. CASABLANCA Tél. 022253569

EXECUTION DES ORDONNANCES

Chèque du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mr Azzemour KHALIL Nature & Santé pharmacie 05 22 96 19 78 Dar Boudza INP 092015536 Casablanca ICE 002138635000082	18/01/2020	117,00

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Majid Lahlou

SPECIALISTE
DERMATOLOGUE-VENEREOLOGUE

Maladies de la Peau, du cuir Chevelu et
des ongles.

Maladies Sexuellement Transmissibles

Chirurgie Dermatologique

COSMETOLOGIE.

72, Rue Ahmed El Mejjati - Mâarif
(EX. ALPES) - 2ème étage

CASABLANCA - Tél : 05 22 25 35 69

G.S.M : 06 61 06 69 78

CASABLANCA, le 18/01/20

7² AZLAGUE YOUNF
 37,70 ① Dépomedrol 80mg : 1^{er} injection fute apeladi que local
 79,70 ② Azix ap : 1^{er} de 3 cpl 1-11-8 x 3 jours.

DEPO-MEDROL 80MG INJ
P.P.V : 37DH70
6 118001 170487
Laboratoires pfizer S.A.



DR LAHOU
DERMATO-VENEREOLOGUE
72, rue Ahmed El Mejjati
CASABLANCA
Tél. 02225336

PHARMACIE BENZIT Nature & Santé
Bouchra BENZIT Pharmaciennne
Route Azemmour Km 13.5 Dar Bouazza
Tel. 05 22 96 19 78 Casablanca
INP 092015536
ICE 002138635000082

اختصاصي
في أمراض الجلد والشعر

والأظافر

الأمراض التناسلية

جراحة الجلد

علم التجميل

زنقة أحمد الجاطي (سابقاً ز. ذي زالب)

الطابق الثاني - المعاريف

الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 25 35 69

الحمول: 06 61 06 69 78