

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° P19-0039019

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **25015**

Matricule : **2651** Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **SAOUTI ABDELNADID**

Date de naissance : **21/06/1959**

Adresse : **HAY MANDAROUNARYO NP33 RW CITADIC CASAB**

Tél. **0661714290** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **09/01/2020**

Nom et prénom du malade : **SAOUTI ETIANE** Age : **19ans**

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 : **CASA** Le : **11/01/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

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
09-01-20	5		250.000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE CACHET 11 Bd El Ouds Lok Mandarona 14 Jnra 1 A n... Tel: 05 22 52 33 15	20	560.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

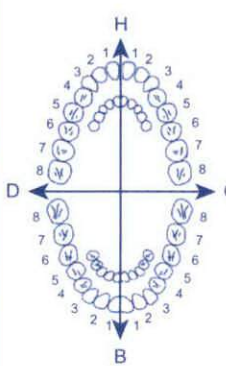
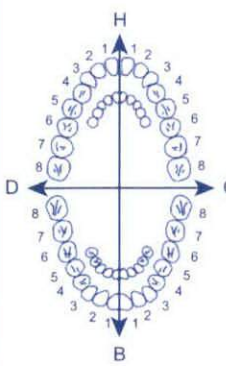
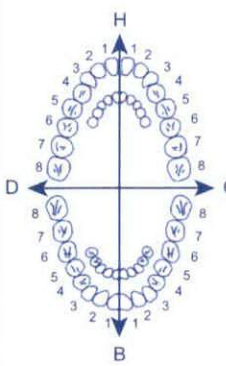
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

176 26 51

Dos P19 - 0039019

Dr. Wissal El Soussi Ait Said

Dermatologue - vénéréologue

- Maladies de la peau, cheveux et ongles.
- Maladies sexuellement transmissibles.
- Dermatologie - Allergologie.
- Dermatologie Esthétique - cosmétologie - Lasers.

W

الدكتورة وصال السوسسي أيت سعيد

اختصاصية في الأمراض الجلدية و التناسلية

- أمراض الجلد. الشعر و الأظافر
- الأمراض المنقولة جنسيا
- حساسية الجلد
- التجميل الطبي / الليزر

Casablanca, le 09 01 2020

Dr. Saad Imane

1. Tetracycline 300mg cp

69.00x6 1 cp / 5 "le soir" pdt 03 mois

2. Epihuo gel

146.60 1 sachet / 2 pdt 10 jours le soir
puis 1 appl / 5 pdt 03 mois

3. Normaderm phytosolution

pour se lever le matin

560.60

Dr. Wissal EL SOUSSI
Dermatologue - vénéréologue
Bd. 2 Mars Andalous 3 n°741 étg. 2
Casablanca - Tél.: 05 22 87 26 81
INPE: 091186924

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMMN°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMMN°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMMN°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMMN°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

EPIDUO GEL
Tube de 30 g
PPV: 146,60 DH
AMM N°02 / 14 DMP / 21 / NRQ
Distribué par SOTHEMA
B.P. N°1 27182-Bouskoura

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMMN°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMMN°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc