

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

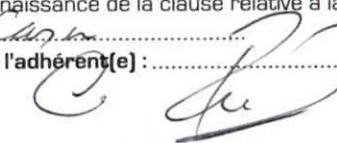
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : K798	Société : Rao		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : FADHIL Rhaouti			
Date de naissance : 17/12/43			
Adresse : 18 Av. Hassan II Casablanca			
Tél. : 06.62.90.93.77		Total des frais engagés : 1.01.00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Dr. ABOUYOUSSE OMAR DERMATOLOGUE 227, Bd. Mohamed V - Casablanca Tél. : 022 31.67.61 Fax : 022 30.99.04 </div>			
Date de consultation : 07/04/2012			
Nom et prénom du malade : M. FADHIL Rhaouti Age: 17/12/43			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Dermatite			
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 : **Le 07/04/2012** Le : **07/04/2012**

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
07/07/00	CS	1/1	85,- 00	Dr. ABOUYAHIA DERMATOLOGIST 227 Bd. Mohamed 51 Tél. : 022 33 50 99 Fax : 022 33 50 99

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACEUTICAL CENTER	07/04/20	51,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

BELEVE DES EBRAIS ET HONOBABIES

Le praticien est prié de préciser la *docte* 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'ODT.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Omar ABOUYOUB

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy (France).
Spécialiste des maladies de la peau, du cuir chevelu
et des maladies sexuellement transmissibles.

227, Bd Mohammed V, 3^{ème} étage Près de l'Arab Bank
Casablanca 20110 - Tél. : 05 22 31 67 61 - Fax : 05 22 30 99 04

الدكتور عمر أبوأيوب

خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)
اختصاصي في أمراض الجلد والشعر
والأمراض التناسلية

227، شارع محمد الخامس، الطابق الثالث، قرب البنك العربي
الدار البيضاء، 20110 - الهاتف : 05 22 31 67 61 - الفاكس : 05 22 30 99 04

07 AVR. 2020

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

M-FADHIL Rhami

51.00 DEXERYL crème : 1 tube
250g

DEXERYL*
CRÈME -Tube de 250 g



6118000 082668

DR. ABOUYOUB
DERMATOCLOGUE
227 Bd. Mohamed V, Casablanca
Tél. : 022 31.67.61
Fax : 022 30.99.04

Dr. ABOUYOUB Omar
DERMATOCLOGUE
227 Bd. Mohamed V, Casablanca
Tél. : 022 31.67.61
Fax : 022 30.99.04