

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 |

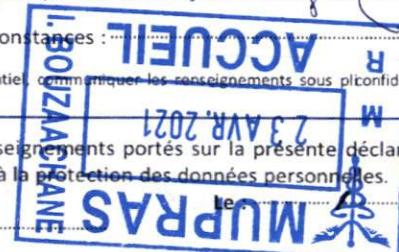
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-465050

68476

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 7665	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	GYM AB.DALLAH
Nom & Prénom : GYM AB.DALLAH			
Date de naissance : 18-02-1962			
Adresse : LOT HAJ FATEH RUE 5 N°162 OULFA CASA			
Tél. : 0661 15 9851	Total des frais engagés : 100 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Professeur EL OUAZZANI Iam Dermato - Vénérologie Dermato - Allergologie Dermatologie Esthétique Cosmetologie Lasers Casablanca Tel 0522 29 82 78/79 - Fax 0522 99 82 74 INP. 0911523889			
Date de consultation : Guiné 1990			
Nom et prénom du malade : Guiné Oumaima Age: 19			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Guiné Oumaima			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Guiné Oumaima			
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 :			
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
24.02.2021		5	30000 YEN	INP : 097M238 TEL : 097-XXXX-XXXX Fax : 097-XXXX-XXXX Email : info@medicin.com Site : www.medicin.com
0 MARS 2021		3	15000 YEN	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>NOM DE LA PHARMACIE</i>	<i>10/10/21</i>	<i>272,25</i>
<i>ADRESSE</i>		
<i>TÉL : 05 22 93 12 02</i>		
<i>BP : 6 N° 3102</i>		

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.												
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient								
				INP : <input type="text"/>								
				CŒFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">26533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	26533412 00000000	21433552 00000000	D	B	35533411	11433553
H	G											
26533412 00000000	21433552 00000000											
D	B											
35533411	11433553											
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

Professeur EL OUAZZANI Tam

Dermatologie - Vénérologie
 Dermato - Allergologie
 Dermatologie Esthétique
 Laser

الأستاذة الوازاني طام

اختصاصية في أمراض الجلد والشعر
 والأمراض التناسلية المعاشرة
 وعلم التجميل

Casablanca, le : 10.3.2021 الدار البيضاء في

RIMA
 PHARMA
 P.V.C
 60.00 DH

elle Gym Ou main
 d'armes anti fâcheuses: Oxyal wlyne

60.00 dir - acné

10 mg

152.00

Maphar
 Km 10, Route Côtier 111,
 Ql Zenata Ain seba Casablanca
 Curacina 10mg cap molle b30
 P.P.V : 152,20 DH

6 116001 180714

- Topalysse gel nettoyant
 - Topalysse baume corporel

272.20
 STE PHARMACIE HAMZA
 C. ANCA
 Casablanca
 Tél. 0522 99 62 75 / 76
 0522 99 62 75 / 76
 0522 99 62 75 / 76

EL OUAZZANI Tam
 STE PHARMACIE HAMZA
 C. ANCA
 Casablanca
 Tél. 0522 99 62 75 / 76
 0522 99 62 75 / 76
 0522 99 62 75 / 76

STE PHARMACIE HAMZA
 C. ANCA
 Lot. Haj faten Rue 6 N° 3 Lot. 64
 Casablanca - Tel. 0522 99 62 75 / 76

75، شارع السيرة الخضراء. الطابق الأول يسار. الدار البيضاء. الهاتف: 05 22 99 62 75 / 76 . الفاكس: 05 22 99 62 74

75, Bd. Massira Al Khadra - 1er Etage à gauche - Casablanca Tél. : 05 22 99 62 75 / 76 - fax : 05 22 99 62 74

Email : tamelouazzani@gotmail.com