

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.

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° W21-622893

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11817 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
 Nom & Prénom : EL OMARI IMANE
 Date de naissance : 22/02/1975
 Adresse : 24 LOT JAWHAR - TARGA - MARRAKECH
 Tél. : 0661473555 Total des frais engagés : 409,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LAISSAOUI Karima
 Dermatologue
 Résid. Touna Apt 2 Hay
 Mohammadi Amerchich Marrakech
 Tél. 05 24 29 29 67

Date de consultation : 01/04/2021
 Nom et prénom du malade : LASMOLLES SOPHIA Age :
 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 : Marrakech Le : 01/04/2021
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-622893

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 11817
 Nom de l'adhérent(e) : EL OMARI IMANE
 Total des frais engagés : 409,00
 Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
01/04/2021	K15		4.00,00.DH	INP : 0711186118 Dr. LAISSAOUI Karima Dermatologue Résid. Tour 2 Hay nouveau Américain Marrakech 19 29 67

[illegible]

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

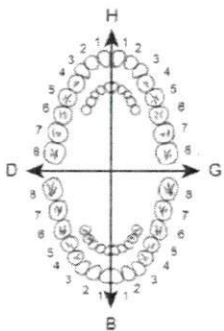
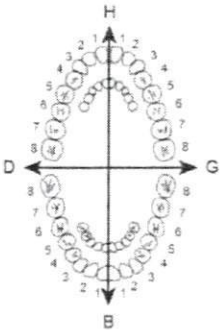
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT 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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. LAISSAOUI Karima

Dermatologue

Maladies de la peau, des cheveux
et des ongles

الدكتورة العيساوي كريمة

أخصائية أمراض
الجلد، الشعر والأظافر

مراكش، في : 01/04/2021 : Marrakech, Le :

NOTE D'HONORAIRES

Melle. LASMOLLES SOPHIA

Acte : K15

Arrêtée la présente facture à la somme de QUATRE CENTS
DIRHAMS.

Dr. LAISSAOUI Karima
Dermatologue
Rég. Touria - Hay Mohammadi
Mohammadi Amerouch, Marrakech
Tel. 05 24 29 29 67

إقامة ثورية، الشقة 2، شارع ابن سينا - الحي المحمدي، بلبكار - مراكش

Résidence Touria, Appt 2, Av. Ibn Sina - Hay Mohammadi, Belbekkar, Marrakech

☎ 05 24 29 29 67 ✉ cabinet-laissaoui@outlook.com

Patente : 67050614 - INPE : 071186118 - ICE : 001949245000063

Dr. LAISSAOUI Karima

Dermatologue

Maladies de la peau, des cheveux
et des ongles

الدكتورة العيساوي كريمة

أخصائية أمراض
الجلد، الشعر والأظافر

مراكش، في : 01/04/2021 Marrakech, Le :

COMPTE-RENDU

Melle. LASMOLLES SOPHIA

Séance de nettoyage de peau avec mise à plat de collections
kystiques, cotée K15 (C175).

Dr. LAISSAOUI Karima
Dermatologue
Résidence Touria, Apt 2, Hay
Mohammadi, Marrakech
Tel: 05 24 29 29 67

إقامة ثورية، الشقة 2، شارع ابن سينا - الحي المحمدي، بلبكار - مراكش

Résidence Touria, Apt 2, Av. Ibn Sina - Hay Mohammadi, Belbekkar, Marrakech

☎ 05 24 29 29 67 ✉ cabinet-laissaoui@outlook.com

Patente : 67050614 - INPE : 071186118 - ICE : 001949245000063