

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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° W21-628798

78466

Contraire

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

01213

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOHAMED MOUSSAFIR

Date de naissance :

15-06-1949

Adresse :

59 Agtissencut EL Manger
Mohamed Moussafir

Tél. :

0662875416 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30 AVR. 2021

Nom et prénom du malade :

MOUSSAFIR MOHAMED Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

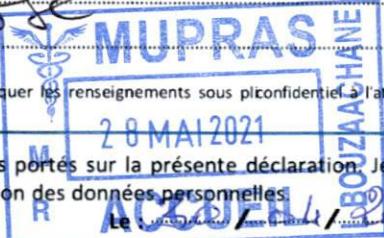
Enfant

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-628798

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

Couper à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 01213

Nom de l'adhérent(e) : MOUSSAFIR

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
0 AVR 2021	G2	1	250\$H	INP : INP 091605506 HOMMAM Lamine, Vénérologue UP 0910-5606 Spécialiste en Esthétique MIF ET LASER

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Spécialité Montant de la Facture
 Pharmacie PALMIER Rés Palmer, Angle Bd Zertkouni et Bd Abdelmoumen. Imm "B", N°4 Mohammedia - Tél: 0523329895	30/11/2021	CHIRURGIE DENTALE 130,40

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	

VOLET ADHERENT

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

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.

Spécialiste des maladies de la peaux
des cheveux et des ongles
Infections Sexuellement Transmissibles
(IST)
Médecine Esthétique, Cosmétologie
Allergies cutanées
CHIRURGIE DERMATOLOGIQUE



إختصاصي في أمراض الجلد
الشعر والأظافر
الأمراض التنااسلية
طب التجميل - تنعيم البشرة
المحسانية الجلدية
الجراحة الجلدية

MOUSSA FIR Mohamed.

Mohammedia, le :
30 AVR. 2021

116,40

* Floxam gelée 500 :
2 + 1 / j.

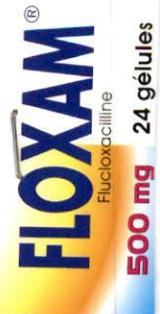
15' apr
24g

Pharmacie PALMIER
Rés Palmier, Angle Bd Zerkouni
et Bd Abdelmoumen. Imm "B", N°4
Mohammedia - Tél: 0523329895

14,10

* Doliprane 1g Sp
1 x 2 f x 3 j

PPV 116DH40 LOT 060314
EXP 07/2022



130,40

Dr. TAHER HOMMAN LOUDIYE
INF 091075606
Spécialiste en Dermatologie, Vénérologie
Cosmétologie, Médecine Esthétique
CHIRURGIE DERMATOLOGIQUE ET LASER

Pharmacie PALMIER
Rés Palmier, Angle Bd Zerkouni
et Bd Abdelmoumen. Imm "B", N°4
Mohammedia - Tél: 0523329895

PPV: 14DH00
PER: 11/23
LOT: J3033

زنقة الجاحض، حي الوفاء الرقم 152 إقامة بابل، الطابق الأول الرقم 2 المحمدية
Rue Al Jahid, cité wafa N° 152 résidence Babel, 1er Etage N°2 Mohammedia
Tél/Fax: 06.23.32.32.38 - Gsm : 06.75.650.789

06 75 650 789 - التلف: 05 23 32 38

E-mail : loudiyiderm@yahoo.fr