

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Education :

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.

Chirurgie :

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.



Déclaration de Maladie
N° M21- 0059482

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 28341 Société : 42689

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Fouad

MoulaAD

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Age:

Enfant

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

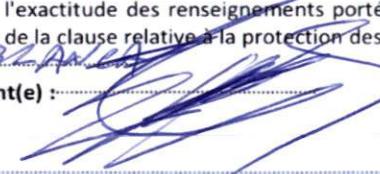


Déclaration de Maladie

N° W19-599106

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Autres
Matricule : 2834		
Société : Royal Air Maroc		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : FOUAD MOUAD		
Date de naissance : 17/08/50		
Adresse : LOT 571 LOTissement LAYYOUNE		
Case 2 LANCIA		
Tél. : 0671 824 515 Total des frais engagés : 1453,40 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr. Wissal El SOUDI Dermatologue - vénérologue Bd 2 Mars Anfaous 3 n°741 étg.2 Casablanca - Tél: 05 22 87 26 81 INPF: 001135976	
Date de consultation : 10/05/2021	
Nom et prénom du malade : FOUAD MOURAD Age: 71 ans	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Dermatose à Pruritique duo nro 2834	
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 : **0671 824 515** Le : **10/05/2021**
 Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	
N° W19-599106	
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 :	2834
Nom de l'adhérent(e) :	FOUAD MOUAD
Total des frais engagés :	1453,40
Date de dépôt :	01-06-21

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
16/05/2021	S	25000000		INPE:09118624
				Dr. Wissal EL SOUSSI Tolida - Vénérologue Andalous 3 n°741 6112 Tél. 05 22 07 26 62

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourgeisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE LIMMOING 10, Allée monseigneur Léonard 76130 Limouin Tél. 05 22 90 94 99 Fax 05 22 90 2482 SIREN 36293297 - TVA FR 25022500089	10/05/21	1203140

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H		G																			
25533412	21433552	00000000	00000000																		
D		B																			
00000000	00000000	35533411	11433553																		
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																					

Dr. Wissal El Soussi Ait Said

Dermatologue - vénéréologue

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

الدكتورة وصال السوسي أيت سعيد

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتتناسلية

- أمراض الجلد، الشعر، الأظافر.

- الأمراض المتنقلة جنسيا

- حساسية الجلد

- التجميل الطبي، الليزر

W

Casablanca, le 10/05/2021

289,00 ₣^م Fouad Nissine
 289,00 ₣^م X2 + 152,20 ₣^م
 acne long + Curacne 10mg

Maphar
 Bd Alkimia N° 6, Ql.
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Curacne 20mg cap molle b30
 P.P.V : 289,00 DH

6 118001 180721

Maphar
 Bd Alkimia N° 6, Ql.
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Curacne 20mg cap molle b30
 P.P.V : 289,00 DH

6 118001 180721

Maphar
 Bd Alkimia N° 6, Ql.
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Curacne 10mg cap molle b30
 P.P.V : 152,20 DH

6 118001 180714

Maphar
 Bd Alkimia N° 6, Ql.
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Curacne 10mg cap molle b30
 P.P.V : 152,20 DH

6 118001 180714

PHARMACIE LAIMOUN SARL
 Bd Alkimia N° 6, Ql.
 Sidi Bernoussi, Casablanca - Tel: 05 22 90 94 94
 466, Lot. Alaymoun Lissasfa
 Casablanca - Tel: 05 22 90 94 94
 36293291 - 11F 24821866
 550225000089

2- Avenue Eau thermale

321,00

3- Loceryl

LOCERYL 5%
 Vernis à ongles médicamenteux
 Flacon de 2,5 ml
 AMMN : 07 DMP/21/NCN
 PPV : 32,10 DH
 Distribué par SOTHEMA
 B.P.N° 1,27182 Bouskoura-Maroc

6 118001 070381

1 opp x 2 (x malice)
 pbt 03 m^م Hél: 0522 87 26 81 / 06 62 86 82 81

Dr. Wissal EL SOUSSI
 Dermatologue - vénérologue
 Bd 2 Mars Andalous 3 n°741 éta.2
 Casablanca



Bd 2 mars Andalous 3 n°741, 2^{ème} étage (croisement Bd 2 mars et Bd panoramique) Casablanca

شارع 2 مارس، انليس 3، رقم 741 الطابق الثاني (تقاطع شارع 2 مارس مع شارع المنظر العام) الدار البيضاء.

@drelsoussiwissal@gmail.com 05 22 87 26 81 / 06 62 86 82 81