

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-637470

78 528

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11953

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DAOUDI NOURA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0664 86 2643

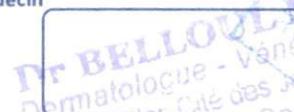
Total des frais engagés :

607,70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

DAOUDI NOURA

Age : 103

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dermatosk

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

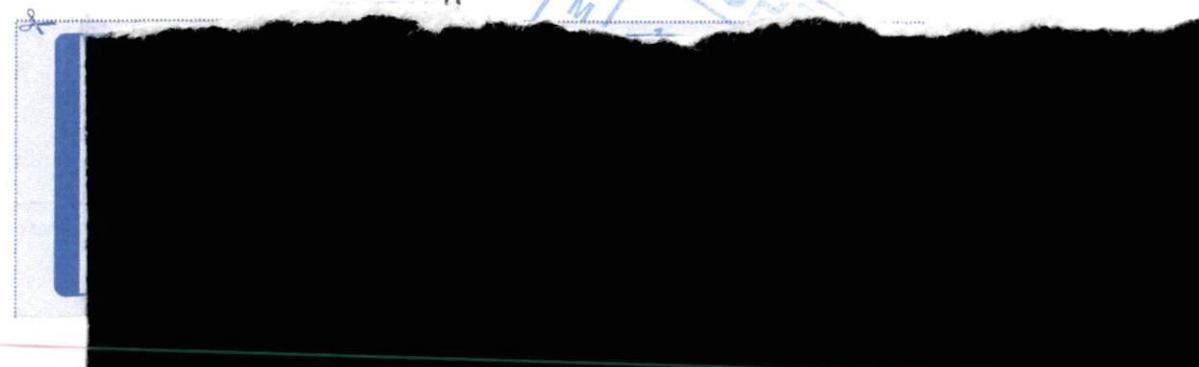
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASABLANCA

Le : 24/06/2021

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
12/06/21	EC	1		INP : J. S. BODIN HELLOU LA Vénérable Médecine - les Jeunes

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
P<small>HARMACIE AYMANE AGEDACH KAMAL</small> Quartier Val Klouri 3 Bis, Rue Henri Berger, Résidence Falai III, Casablanca Tél/0523 22 00 00	12/6/11	107.50

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

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 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"/>																											
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: none;"></td> <td style="border-top: none;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: none;"></td> <td style="border-bottom: none;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>		H		G	25533412	21433552		00000000	00000000					D		G	00000000	00000000		35533411	11433553					B		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																														
25533412	21433552																															
00000000	00000000																															
D		G																														
00000000	00000000																															
35533411	11433553																															
B		B																														
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																											
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>																											
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																											

Dacteur Lamia BELLOUL

Spécialiste des maladies et chirurgie
de la peau, de l'ongle, du cuir chevelu
Maladies sexuellement transmissibles,
Médecine esthétique, cosmétologie,
Allergologie, laser



الدكتورة لمياء بلو

اختصاصية في أمراض وجراحة الجلد،
الأظافر، الشعر والأمراض التناسلية
طب التجميل - التجاعيد والحساسية
الليزر

DERMATOLOGUE - VENEREOLOGUE

Casablanca le:

12/06/2021

Mme Daoudi Ep. Daekdaa.

107,50
LOT 000000
PER 07/23
PPV 10701160

Dr. BELLUL LAMIA
Dermatologue
Rue de l'Atlas Cité des Jeunes
App. 11 - CIL Casablanca
Tél/Fax: 0522 90 75 75 / 05 22 90 75 76



Naura,

PHARMACIE AYMANE
AGUEDACH KAMAL
Quartier Val Fleuri 3 Bis, Rue Henri
Murger, Résidence Talbi III, Casablanca
Tél/Fax: 0522 99 69 21

107,50) Nyxol gel 150mg
B de 8,
n'agel / pree .

2) Exoderm crème
n'app / 8 -

Fucidine prévoide
n'app. / 8 -

imm. 3, Appt 11, Cité des Jeunes, rue de l'Atlas, CIL, Casablanca 20210.

إقامة الشباب - زنقة الأطلس سينال عماره رقم 3 - الشقة 11 - الدار البيضاء 20210



I_belloul@hotmail.com



05 22 90 75 75 - 05 22 90 76 76

Docteur Lamia BELLOUL

Spécialiste des maladies et chirurgie
de la peau, de l'ongle, du cuir chevelu
Maladies sexuellement transmissibles,
Médecine esthétique, cosmétologie,
Allergologie, lazer



الدكتورة لمياء بلو

اختصاصية في أمراض وجراحة الجلد،
الأظافر، الشعر والأمراض التناسلية
طب التجميل - التجاعيد والحساسية
الليزر

DERMATOLOGUE - VENEREOLOGUE

Casablanca le : 12/06/2021

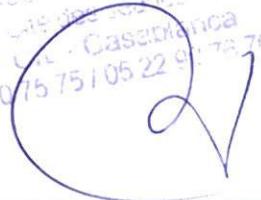
Mme Daoudi Ep Nacerda

Noura.

Note d'honoraires

Electrocoagulation
veines.

D- BELLUL LAMIA
Dermatologue - Vénérologue
Rue de l'Atlas - Cité des Jeunes
Appt 11 - Casablanca
Tél : 05 22 90 75 75 / 05 22 90 76 76



imm. 3, Appt 11, Cité des Jeunes, rue de l'Atlas, CIL, Casablanca 20210.

إقامة الشباب - زنقة الأطلس سينال عمارة رقم 3 - الشقة 11 - الدار البيضاء 20210



_belloul@hotmail.com



05 22 90 75 75 - 05 22 90 76 76