

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : **1424**

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NAMASSE MOSTAFA

Date de naissance :

18/04/1952

Adresse :

15, Rue 2 HAY SALAM

Tél. :

0669 7950 94

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

MAJAHED NAJID
DÉPARTEMENT VÉNÉROLOGUE
DÉPARTEMENT ESTHÉTIQUE
Médecin, Imm. D, 1er Etage
Résident: At Home, Imm. D, Casablanca
N° 2 - Hay Salam, (Oujda Casablanca)
Tél: 05 22 20 45 45 / 05 22 78 18 20

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

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) :



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
08/09/2023	CS + Acte	1	500,00	INP : 111111111111

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

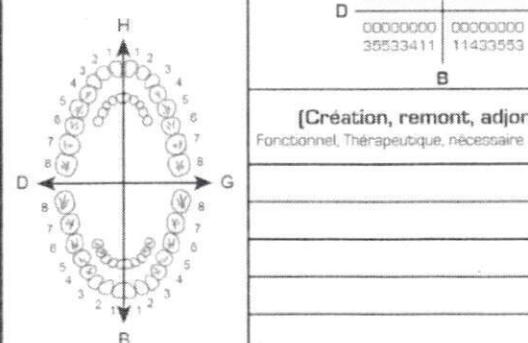
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODP.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Sara MJAHD NAJID

Dermatologue Vénérologue

- Médecin Spécialiste en Maladie et Chirurgie de peau , Cheveux et Ongles
- Maladies sexuellement Transmissibles
- Médecine Esthétique et Anti-âge



الدكتورة سارة امجاحد نجيد

الأمراض الجلدية و التناسلية

- طببة أخصائية في أمراض و جراحة الجلد.

الشعر و الأظافر

- الأمراض المنقلة جنسيا

- طب التجميل

08/09/2021.

Namasse
Hostage

Consultation

Acte +
réalise

Electrocoagulation de

Varve

Montant facture = C. S = 250 DHS
Electro = 350 DHS

DR SARA MJAHD NAJID
Dermatologue Vénérologue
Résidence Al Hamd Imm. D 1er Etage N°2 Farah Essalam - Oulfa - Casablanca
Tél.: 05 22 91 08 97 - GSM : 07 62 76 93 20

إقامة الحمد، عمارة د الطابق الأول رقم 2 فرح السلام - الألفة - الدار البيضاء

Résidence Al Hamd Imm. D 1er Etage N°2 Farah Essalam - Oulfa - Casablanca

Tél.: 05 22 91 08 97 - GSM : 07 62 76 93 20

E-mail : dr.sara.mjahed@gmail.com