

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 |

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.

N° W19-545999

92908

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)	Société :
Matricule : 14288	Autre :
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : ABIFI Mohamed	
Date de naissance : 01/01/34	Adresse : Bloc 3 Apt 5 Rang. III Casa
Tél. : 0677561931	Total des frais engagés : 255,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/11/2021

Nom et prénom du malade : ARIFI MOHAMED Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection

Dermatologique

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) :

Le : 01/11/2021

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
01.11.2021 US	10	350 DH	N°INPE : 091180570	Angl. Bd Sidi Abderrahmane Normat. SIDI ABDERRAHMANE Casa Tej 022 20 00 00 00 Bd Abdelhly de Boullioud

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourgeotier	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Noyeme Casablanca INPE: 092042456 19 bis. Bvd Ifriou Sina Tél: 0522 36 33 27 ICE: 00260084300001	01/11/2021	2551,50

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

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"/>											
		<p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> </table> <p style="text-align: center;">G</p>				25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>
25533412	21433552															
00000000	00000000															
<hr/>																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
<hr/>																
		<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											

SPECIALISTE

Maladies de la peau et du cuir chevelu
Infections sexuellement transmissibles



الدكتور خالد المنيعي

اختصاصي
في أمراض الجلد والشعر
الأمراض التناسلية

Casablanca, le

01/11/2021

الدار البيضاء، في

Mr ARIFI MOHAMED

96100

SAVON SURGRAS XERAD SOSKIN



LAVER ET RINCER

LOT : 1289356
PER : 04 2025
PPV : 64 00

64,00

CANESTENE EXTRA CREME

INTERORTEIL ET PLIS

LE SOIR PDT 1 MOIS

LOT : 0066
EXP : MAI 2023
PPV : 40,50 DH

40,50

PIEDS

EFFICORT HYDROPHILE

LE SOIR PDT 15 JOURS

1 SOIR SUR 2 PDT 15 JOURS

56100

VASELINE SALICYLEE 15%

LE SOIR



255,50

ONGLES

Pharmacie Moyen
Mme Ikhlass Benyahya
19 bis, Bd Ibnou Sina
Tél: 0522 36 33 27
ICE: 0260084300001
INPE: 092042456

Dr. Khalid LAMNIAI
DERMATO-VENEROLOGUE
Av. Sidi Abderrahmane
Bd Abdelhadi Boutaleb
Casablanca
Tél: 0522 90 04 17