

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

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° W21-638842

103482

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0932

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : FARIS LOUBNA

Date de naissance : 08/01/1965

Adresse : 74 les villas Anfa - Dan Bouanane .

Tél. 0661665506

Total des frais engagés : 350 + 367,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/01/2012

Nom et prénom du malade : CHERRADI YOUSSEF

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection Dermatologique

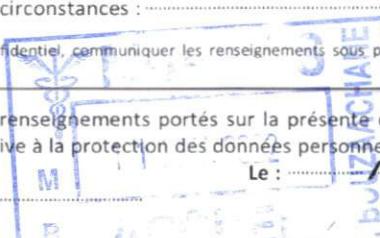
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie IDEAL Dr en Pharmacie de Paris V 21 Rue Jaâfar Ibnou Attia Boul. Tél: 0522.20.14.96 - C.A. ICE: 001/022	03/01/2022	364,80

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF								
				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 PROTHÈSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="text-align: center;"> $\begin{array}{r l} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array}$ </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		
						COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
						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								



SPECIALISTE

Maladies de la peau et du cuir chevelu
Infections sexuellement transmissibles

الدكتور خالد المنيري

اختصاصي
في أمراض الجلد والشعر
الأمراض التناسلية

Casablanca, le

03/01/2022

الدار البيضاء، في

Mr CHERRADI YOUSSEF

BOUTONS

CICAPLAST B5 GEL LAVANT

138,00

LAVER ET RINCER

S.V.

ADDAX BACTOSPRAY

64,20

MATIN ET SOIR PDT 1 MOIS

S.P.

S.V.

S.V.

ERYFLUID SOLUTION

(74,80x2)

MATIN ET SOIR PDT 1 MOIS

SEPCEN 500

1 CP MATIN ET SOIR PENDANT 10 JOURS

64,50

S.V.

MYK 1 % SOLUTION

48,50

LE SOIR PDT 1 MOIS

SOLUPRED 20 MG

PHARMACIE IDEAL
N. NJIMA
Dr. en Pharmacie de Paris V
21, Rue Jaâfar Ibnou Attia Bourgogne
Tél: 0522.20.14.86

2 CP LE MATIN DILUER DANS UN VERRE D'EAU PDT 5 JOURS

PPV : 48DH50
PER : 11/24
LOT : K3010

TACHES

S.V.

080121
PPV: 64DH50
09/23

PHARMACIE IDEAL
N. NJIMA
Dr. en Pharmacie de Paris V
21, Rue Jaâfar Ibnou Attia Bourgogne
Tél: 0522.20.14.86

2 CP LE MATIN DILUER DANS UN VERRE D'EAU PDT 5 JOURS

bouteille

T: 467,80

Dr. Khalid LAMNIAI
DERMATO-VENEREOLOGUE
Angle Bd. Sidi Abderrahmane
et Bd. Abdelhadi Boutaleb
Casablanca Tél: 0522 90 04 17

زاوية شارع سيدى عبد الرحمن وشارع عبد الهادى بوطالب. الطابق الثاني رقم 7 الحى الحسنى - الدار البيضاء

هاتف العيادة التايل: 05 22 90 04 17 - تيل: 05 22 89 19 35 - الهاتف / الفاكس:

محمول العيادة: 06 69 88 00 95 - Code Postal : 20.230 - E-mail : cabinet.drlam@gmail.com - GSM cabinet : 06 69 88 00 95