

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.

N° W21-677591

103616

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

9411

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL IDRASSI AMIRI YOUSSEF

Date de naissance :

06/04/1971

Adresse :

066349704

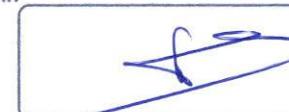
Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

30/12/2021

Nom et prénom du malade :

Mr EL IDRASSI AMIRI YOUSSEF

Age :

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Demalose

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 : 14/10/2022

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 30/12/2011 | Consultation | C3 | 350 DHS | INP : 091069857  |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| 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.

Professeur Souad HABIB EDDINE

Spécialiste en Dermatologie - Vénérologie
Ex Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca
Dermatologie Pédiatrique
Lauréate de l'Université de Bordeaux 2 :
Dermatologie Esthétique, Lasers, Cosmétologique

Sur rendez-vous

الدكتورة سعاد حبيب الدين

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية
أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض الجلد عند الأطفال

حاصلة على دبلوم طب التجميل والليزر من جامعة بوردو 2

بالموعد

Casablanca, le 30.12.2024 الدار البيضاء، في

Mr EL IDRISI ARIARI Youssef

1/ dace ou septicæ gel laissant

2/ Épica psd 30

1/ un j jusqu'à
disparition

3/ Pierre pouce .

Dr. SOUD HABIB EDDINE
Dermatologue - Esthétique
Professeur HABIB EDDINE SOUD
Tél: 05 22 99 31 99
Lundi 15h30
Dermatologie - Vénérologie

زاوية شارع الزرقطوني . زنقة ابن بوريد. إقامة نزهة 2. الطابق الثاني - (أمام ثانوية شوقي) - الدار البيضاء

Angle Bd.Zerkouni, Rue Ibn Bouraïd - Résidence Naiha II bureau 2ème étage (en Face du lycée Chawki) - Casablanca

GSM 0651234238 Tél. : 05 22 99 31 99