

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVRER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Education :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.



Déclaration de Maladie

Nº M21- 0060240

Optique *106593* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *M766* Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *ZENNAOUI Néel AM*

Date de naissance : *05/04/1976*

Adresse : *Lat Rabtaka N°191 Sidi Maârouf*

CP : *10000*

Tél. *0663472462* Total des frais engagés : *1221,00* Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A215 /2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. M. EL KASSOUANI
DERMATOLOGUE
Angle Bd.AL QODS-Route 1029
Sidi Maârouf-CASABLANCA
Tel.: 06.22.87.55.14

Cachet du médecin :

Date de consultation : *17/02/2021*

Nom et prénom du malade : *ZENNAOUI Néel AM* Age : *45*

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *Effet de la pilule*

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 : *CASA*

Le : *17/02/2021*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
17/02/22	CE	100	30000.00	<i>DR M. EL HASSAN DERMA TO 100% Single Bd. AL QODS Route Sidi Madrouf-CASABLANCA Tél : 05.22.97.55.14</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>HARMACIE ABALID 39, Lot. Assia Sidi Madrouf 20190 Casablanca Tél: 05 22 58 0 19</i>	17/02/22	921,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
			*

AUXILIAIRES MEDICAUX

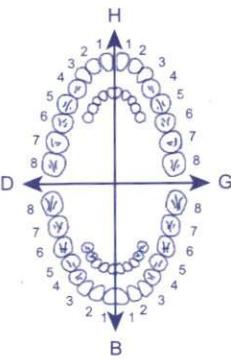
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

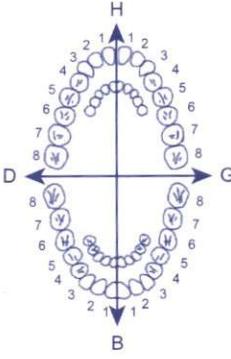
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. M. ELKASSOUANI

DERMATOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Poitiers - France

الدكتور م. الكسواني

طبيب اختصاصي
خريج كلية الطب بواتفي - فرنسا

- Maladies de la peau, des cheveux et des ongles
- Chirurgie de la peau et des ongles
- Maladies sexuellement transmissibles

- أمراض الجلد، الشعر والأظافر
- جراحة الجلد والأظافر
- الأمراض التسالية

موعد
2022/02/28

Casablanca, le 17/02/2022

PHARMACIE ABAZID
Sidi Maârouf
Casablanca
Tél: 05 22 55 01 19
73,40 x 6

Rohamet Adil ENNAOUT

O - Etat g

80.10 x 6

Neut

O - 1

PPV
LOT
PER

73,40

O - Xyzal g

O - 1

PPV
LOT
PER

921.00

73,40

PPV
LOT
PER

73,40

PHARMACIE ABAZID
Cor. Assia Sidi Maârouf
20190 Casablanca
Tél: 05 22 55 01 19

PPV
LOT
PER

73,40

PPV
LOT
PER

73,40

DR. M. EL KASSOUANI
DERMATOLOGUE
Angle Bd. AL QODS Route 10
Maârouf CASABLANCA
Tél: 05 22 97 55 14

PPV
LOT
PER

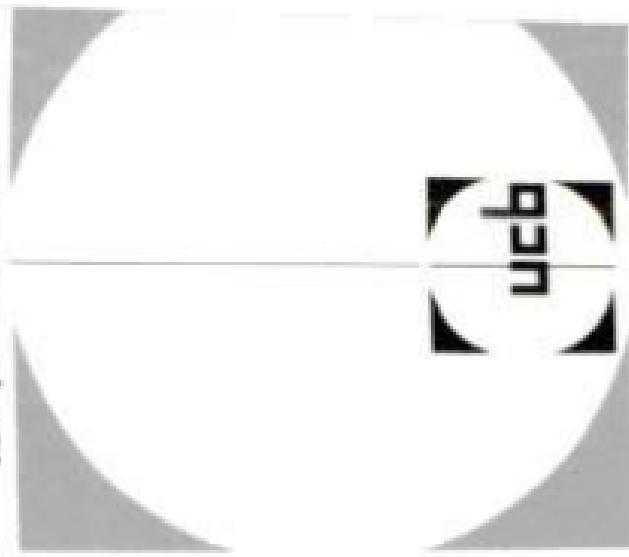
73,40

28 comprimés pelliculés

Dichlorhydrate de Levocetirizine

Xyzall 5 mg

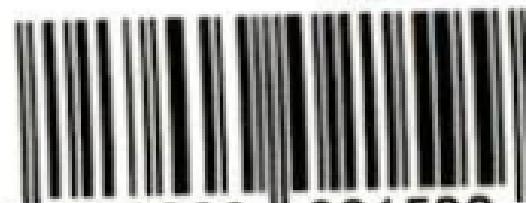
LOT 212505 1
EXP 10 2025
PPV 80.10 DH



Xyzall 5 mg

28 comprimés pelliculés

Non remboursable AMM



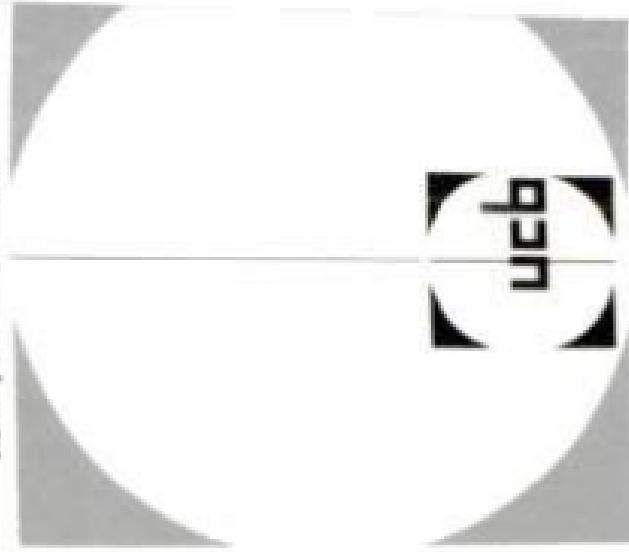
6 118000 021599

28 comprimés pelliculés

Dichlorhydrate de Levocetirizine

Xyzall 5 mg

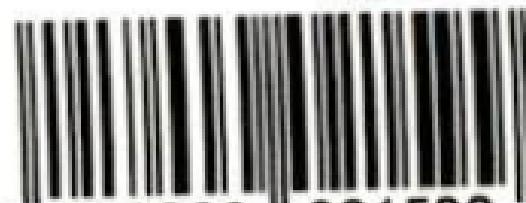
LOT 212505 1
EXP 10 2025
PPV 80.10 DH



Xyzall 5 mg

28 comprimés pelliculés

Non remboursable AMM



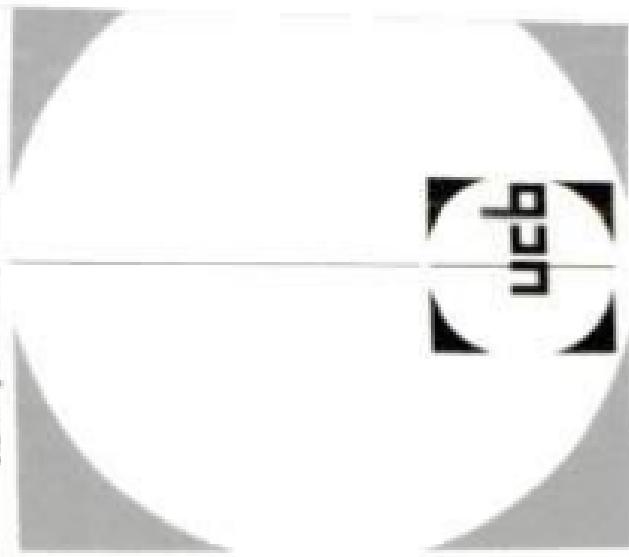
6 118000 021599

28 comprimés pelliculés

Dichlorhydrate de Levocetirizine

Xyzall 5 mg

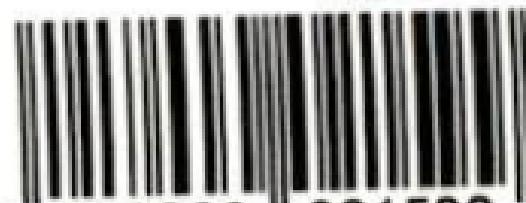
LOT 212505 1
EXP 10 2025
PPV 80.10 DH



Xyzall 5 mg

28 comprimés pelliculés

Non remboursable AMM



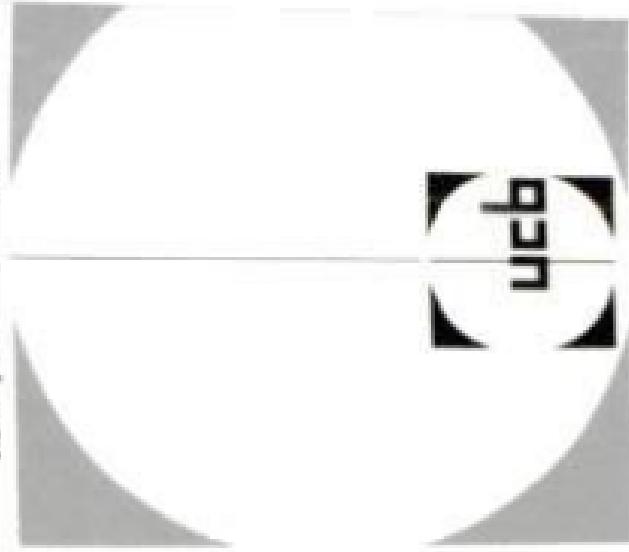
6 118000 021599

28 comprimés pelliculés

Dichlorhydrate de Levocetirizine

Xyzall 5 mg

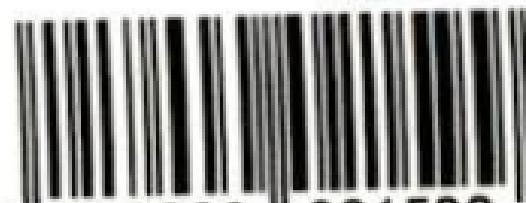
LOT 212505 1
EXP 10 2025
PPV 80.10 DH



Xyzall 5 mg

28 comprimés pelliculés

Non remboursable AMM



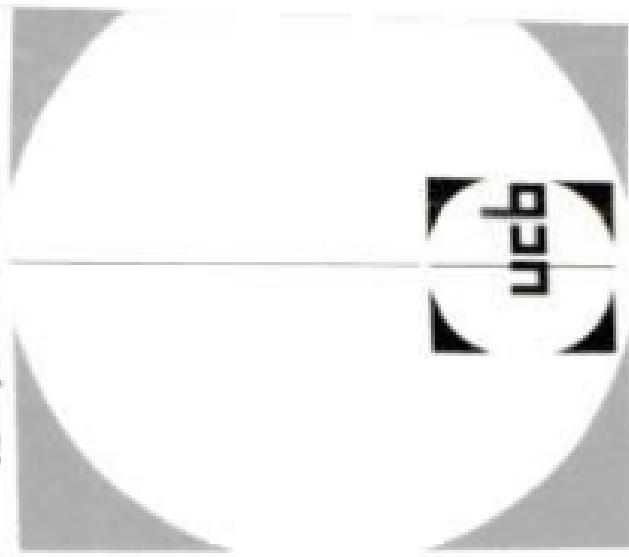
6 118000 021599

28 comprimés pelliculés

Dichlorhydrate de Levocetirizine

Xyzall 5 mg

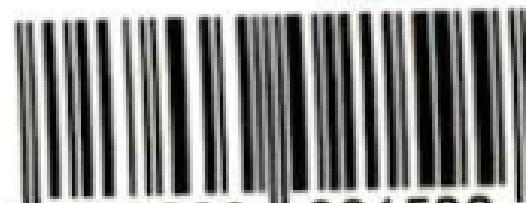
LOT 212505 1
EXP 10 2025
PPV 80.10 DH



Xyzall 5 mg

28 comprimés pelliculés

Non remboursable AMM



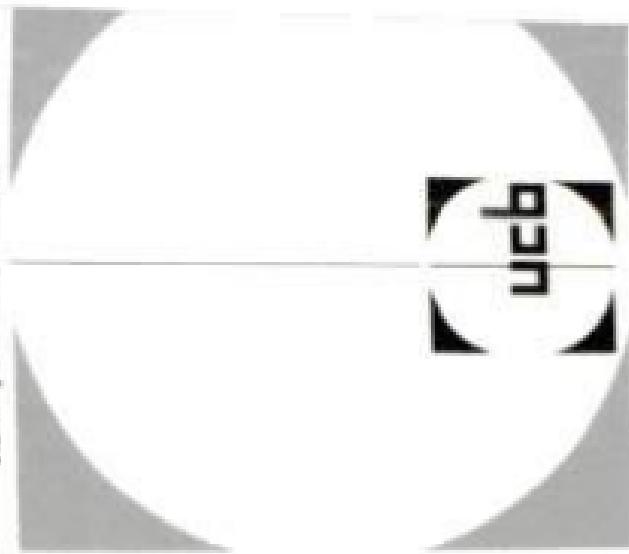
6 118000 021599

28 comprimés pelliculés

Dichlorhydrate de Levocetirizine

Xyzall 5 mg

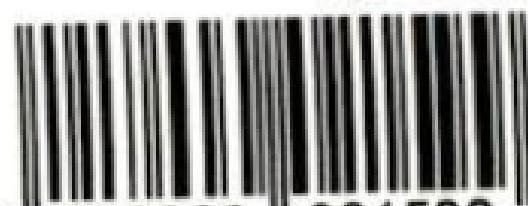
LOT 212505 1
EXP 10 2025
PPV 80.10 DH



Xyzall 5 mg

28 comprimés pelliculés

Non remboursable AMM



6 118000 021599