

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

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

Modèle

| | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | |
| Matricule : | 9678 | Société : |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre |
| Nom & Prénom : SAEHÉ FAYçAL | | |
| Date de naissance : 01/02/1971 | | |
| Adresse : 20 Rue Amédes KADDOUSSI | | |
| Tél. : 0661311349 | Total des frais engagés : 2000 Dhs | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

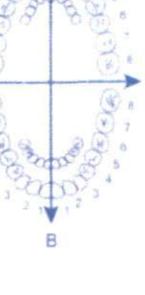
| | |
|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
| Date de consultation : 16/02/2021 | |
| Nom et prénom du malade : SAEHÉ RADIA | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même Père de Saehe |
| <input type="checkbox"/> Conjoint | |
| Nature de la maladie : | |
| En 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 : OSR | |
| Signature de l'adhérent(e) : <i>R. Radia</i> | |



| 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 |
| 16/02/2022 | C2 | C2 | 250. an | INP : 091089632   721 CASABLANCA TEL 02225350 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 16/02/72 | 610.50 |

| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| 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"/> | | | | | | | | | |
| ODF PROTHÉSES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 |
| | H | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | | | D | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |
| | D | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession. | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 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"/> | | | | | | | | | |

Doc

DERM/
Mal

Mal

COSMETOLOGIE.

72, Rue Ahmed El Mejjati - Mâarif
(EX. ALPES) - 2ème étage
CASABLANCA - Tél : 05 22 25 35 69
G.S.M : 06 61 06 69 78

PPU 400H00
HISTANORM[®]
Lahlou
10 mg
REOLOGUE
Chevelu et
smissibles
que
15 comprimés

CASABLANCA, le

16/08/2022

الدكتور مجید لحلو

اختصاصي
في أمراض الجلد والشعر
والأظافر
الأمراض التناسلية
جراحة الجلد

علم التجميل

زنقة أحمد المخاطي (سابقا ز. ذي زالب)
الطباق الثاني - المعاريف
الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 25 35 69
الحمول: 06 61 06 69 78

11e - SALHS. RADIA
① Sendibio crème riche (CB Biodynamis)
100/1 le Potin ou les bons fruits.
② HISTANORM 10 mg
100/1 ou Poudre.

SV



Dr. Majeed Lhalou
Dermatologist
Casablanca, Morocco