

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

- 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.

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° W21-691534

119385

<input checked="" type="checkbox"/>	Maladie	<input type="checkbox"/>	Dentaire	<input type="checkbox"/>	Optique	<input type="checkbox"/>	Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)							
Matricule : 7572				Société : RAM			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e)				<input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : SABRI ABDELLAH				Date de naissance : 25/05/67			
Adresse : 10, El Wahy Imm 6 Apt 6. ouffa				Tél. : 0661415273 Total des frais engagés : 1000 Dhs			

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr. HASSAN DERMATOLOGUE VENÉROLOGUE 10, Bd Hassan II Casablanca 1er étage app 1005 0522 90 70 55	
Date de consultation : 23/03/2022	
Nom et prénom du malade : SABIL YNESS	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Acne	
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 : 05/06/22

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 05/06/22

<input type="checkbox"/>	VOLET ADHÉRENT
Déclaration de maladie	
N° W21-691534	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : 7572	
Nom de l'adhérent(e) : SABRI	
Total des frais engagés : 1000	
Date de dépôt : 15/06/2022	

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
23/03/2018	C		250.00	INP 23/03/2018 06/04/2018 L'INSTITUT NATIONAL DE LA FORMATION ET DU DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL er étape après 2018 15522 00 70 25

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 Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

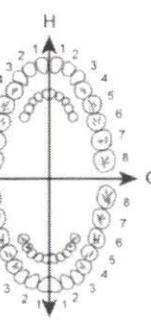
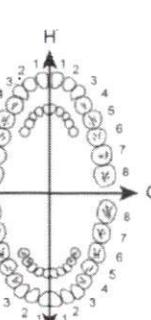
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 cananires, 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"/>																						
				DATE DE RELICTION <input type="text"/>																						
				FIN DE RELICTION <input type="text"/>																						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>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 style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H		D	G	B		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		
H																										
D	G																									
B																										
25533412	21433552																									
00000000	00000000																									
<hr/>																										
D	G																									
00000000	00000000																									
35533411	11433553																									
<hr/>																										
B																										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
				DATE DU DEBUT <input type="text"/>																						
				DATE DE LA RELICTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



أمراض الجلد و الشعر والأظافر Maladies de la peau, des cheveux et des ongles

الأمراض المنسولة جنسيا Maladies sexuellement transmissibles

Diplômée de l'Université de Versailles Saint Quentin en actes de :

طب التجميل Dermatologie Esthétique

علم الليزر Lasers Cutanés

Dr. Houyam MOUNDIB

DERMATOLOGUE - VÉNÉROLOGUE

Casablanca, le : 23/03/2022

Nelly SABRI YNESS

1/ Effaclar H Acne lavante le Roche-Posay

Toilette si quotidienne.

2/ ISDIN Fotoprotector fluid Water invisible .

13P / 2heures + + +

3/ Cicaplast Baume Soothing le Roche-Posay

13P / matin & soir

Houyam MOUNDIB
DERMATOLOGUE - VÉNÉROLOGUE
CONSEILS DE BEAUTE
Boulevard Oum Rabi, Casablanca
Ateliers applicatifs à la clinique Moulay Thami