

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.

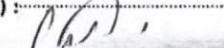


Déclaration de Maladie

N° W21-697187

245922

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 9900			
Société : RAM			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : RASM ABD ESSLAM			
Date de naissance : 04/05/1973			
Adresse : CITE ESSALAM, ALYASSMINNE, VILLA 24 OULFA, CASABLANCA		Tél. : 066151688 Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :  Date de consultation : 27/12/2022 Nom et prénom du malade : Rasm Omar Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : Sénilelogique 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 : Casablanca Signature de l'adhérent(e) :  Le : 24/12/2022		

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 : Casablanca

Le : 24/12/2022

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
07/12/2022 C3			300,00	INP : 091199760

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Codelet du Pharmacien de du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
OUMERRABII	27/12/2022	205.30
Dr. Adnane BIDAH Boulevard OUM ERRABII HAY HASSAN, ULFA . CASABLANCA Tél. 05 22 90 88 72		

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.																																																															
<p>SOINS DENTAIRES</p>	<p>Dents Traitées</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table> <p>Nature des Soins</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table> <p>Coefficient</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																																																													INP : <input type="text"/>	
		CCEFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B																																														
H																																																															
25533412	21433552																																																														
00000000	00000000																																																														
D	G																																																														
00000000	00000000																																																														
35533411	11433553																																																														
B																																																															
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																													
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																													
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																																													
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																																													



Dr. Imane TIRHAZOUINE
د. إيمان تيغزوين

- Dermatologie - vénérérologie
- Allergologie
- Chirurgie de la peau et des Ongles
- Dermatologie Esthétique
- Laser

casablanca le

27 (NL) 600

الانتهائية

د و الشعر و الاظافر
لية حساسية الجلد
اطافر

الطب التجميلي الليزر

LOT : 151
PER : AUT 2025
PPV : 32 DH 50

LOT : 062
PER : JUN 2025
PPV : 58 DH 00

Uf Darm Dina

1)- Abstinent solution

69,00

S.V

S.P

Rélette gastro-ösophagique de lénis.

Rince bien riche

2)- Dermo care

58,00

S.V

Japon de lénis sur les lénis 1's

3)- Diposone emulsion

32,50

S.V

Japon de lénis sur les lénis 1's

4)- Aelia gel long

45,80

1's

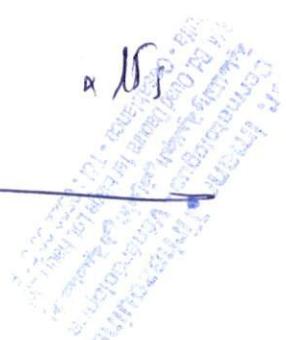
Japon de lénis 1's

205,30

t +212 5 22 90 54 63 e imane_tr@hotmail.com

344, Bd Oued Daoura, Lot Haj Fateh - Oulfa
Casablanca - Maroc

Provlos



✓