

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

146559

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2768 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HILALI FOUZIA

Date de naissance : 07.08.58

Adresse : HAY 94 ABDELLAH Bd TAZA Rue 99

H 25. AIN CHOCK - CASA

Tél. : 06 00 376 166 Total des frais engagés : 403,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DOCTEUR BERRADA Saïd

Dermatologue

338, Bd Driss El Harti

CASABLANCA

Tél. : 05 22 57 97 30-Fax: 05 22 57 97 33



Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/01/2023 Nom et prénom du malade : HILALI FOUZIA Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : PANNEAGE.

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 : 24/01/2023

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
24/11/23		1	300,00	<p style="text-align: right;"><i>DOCTEUR BERRADA Saïd</i> <i>Dermatologue</i> <i>338, Bd Driss El Hanafi</i> <i>CASABLANCA</i> <i>Tel: 05 22 57 97 33 Fax: 05 22 57 97 33</i></p>

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE MES Dr En Pharmacie B. Moniray Andellah Rue 75 n° Tel. 0622 09 24 80	24/01/2023	103130

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

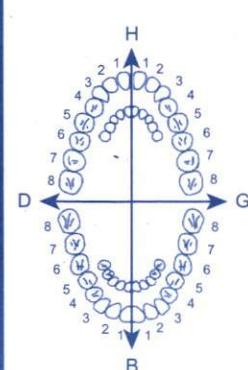
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adionction)

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession



VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

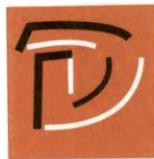
الدكتور سعيد براادة
Docteur Saïd BERRADA

Diplômé de la faculté de Médecine Montpellier

Ancien Attaché des Hôpitaux de Montpellier

- Maladies de la peau et du cuir chevelu
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Dermatologie Pédiatrique
- Chirurgie Dermatologique
- Allergologie Cutanée
- Phlébologie - Sclérose des varices
- Liposculpture-Peeling-Feeling-Dermabrasion
- Botox - Comblement

DERMATOLOGUE



Casablanca, le :

24/11/23

خريج بكلية الطب بمونبولي بفرنسا
منتدب سابق بمستشفيات مونبولي

- إختصاصي في أمراض وجراحة الجلد والشعر
- الأمراض التناسلية
- الأمراض الجلدية للأطفال
- حساسية الجلد
- أمراض وجراحة الدوالي
- الطب التجميلي

LOT: M0884
PER: 10/2024
PPU: 78,60DH

Arora
28,60
18/11/ce mal SV 30
24,70
mazet w
103,130/ 48/11/ce soin - 30

PHARMACIE INES
صيدلية انفاس
BENCHIKHI B.
Dr En Pharmacie
Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 40
CASA - Tél. 0522 50 24 80

DOCTEUR BERRADA Saïd
Dermatologue
338 Bd Driss El Harti
CASABLANCA
Tél.. 05 22 57 97 30-Fax: 05 22 57 97 33

338، شارع ادريس الحارثي - قرية الجماعة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 57 97 30 / 05 22 57 97 33 / 07 00 88 55 49
338, Av. Commandant Driss EL HARTI - Cité Djemâa - Casablanca - Tél : 05 22 57 97 30 / 05 22 57 97 33/ 07 00 88 55 49

I.C.E : 001713620000096 - I.N.P : 091033142