

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W21-779215

146643

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>12691</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : <u>Khalifi Mohamed Ares</u>			
Date de naissance : <u>29/04/87</u>			
Adresse : <u>Appart 202 Tadj a Rabi 7, 66, Ouldr, Casa</u>			
Tél. : <u>0601198396</u> Total des frais engagés : <u>425,99</u>			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

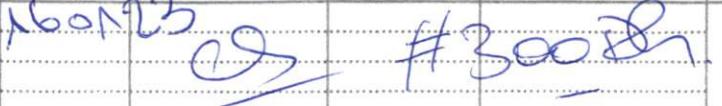
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :  23 JAN. 2023	
Date de consultation : <u>16/01/2023</u>	Vénéreologie des Jeunes Cassola 2023
Nom et prénom du malade : <u>KHATEF LILY A</u> Age: <u>2ans</u>	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Dermatose</u>	
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 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
16/07/23	02	#3008h	INP : 	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BAB ESSALAM (issyy SARL) Ammemane Amal Docteur en pharmacie 7, Rue de l'Atlas - Hay Salam, Casablanca Tel: 05.22.94.15.14 2	16/07/2023	125,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

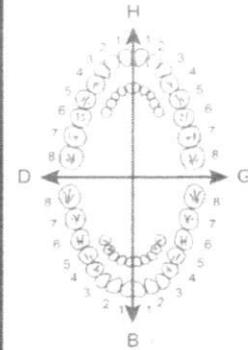
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

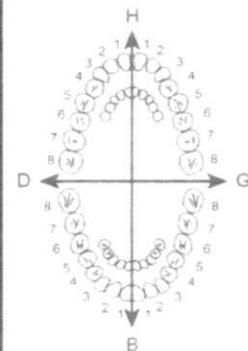
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Spécialiste des maladies et chirurgie de la peau,
de l'ongle, du cuir chevelu et des maladies
sexuellement transmissibles, Médecine Esthétique,
Cosmétologie, Allergologie, Laser



الدكتورة لمياء بلو

إختصاصية في أمراض وجراحة الجلد
الأظافر، الشعر والأمراض التناولية
طب التجميل - التجاعيد والحساسية
اللазير

DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE

Casablanca le :

16/01/2023

Khalfi

Lilya

125,59

1) Kelocote

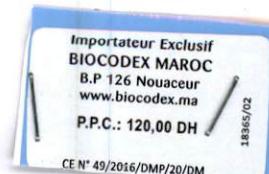


1000

13-

2) Steukip

6000



CE N° 49/2016/DMP/20/DM

1865/02

PHARMACIE BAB ESSALAM
(issyy SARL)
Mohammedine Amal
Docteur en pharmacie
27, Rue de l'Atlas - Hay Salam Casablanca
Tel: 05.22.94.15.14



Dr BELLOUL LAMIA
Dermatologue - Vénérologue
Télé: 05 22 90 75 75 - 05 22 90 76 76
Cité des Jeunes - imm. 3
CIL - Casablanca
Za 11 - 20210
imm. 3, Appt 11, Cité des Jeunes, rue de l'Atlas CIL, Casablanca 20210

إقامة الشباب - زنقة الأطلس سيال عمارة رقم 3 - الشقة 11 - الدار البيضاء 20210

l_belloul@hotmail.com 05 22 90 75 75 - 05 22 90 76 76 06 13 702 151