

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

- 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.

N° W21-808837

168759

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

889

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

CHAKHA

ASSOCURAS

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0661319357

Total des frais engagés

304,86

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

11/09/2023

Nom et prénom du malade :

CHAKHA ABDELILAH

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DÉRMATOSE

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.

20 JUIL. 2023



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 :

Le : 20/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/07/2023

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
24/09/93	C.S		250,00 HT	INP : 104163881

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CASA SA Mme R. en Pharmacie 0322865555	12/07/23	654,86 DFL

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

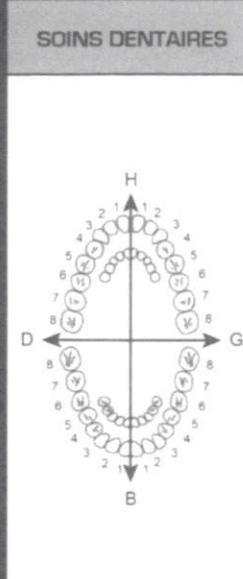
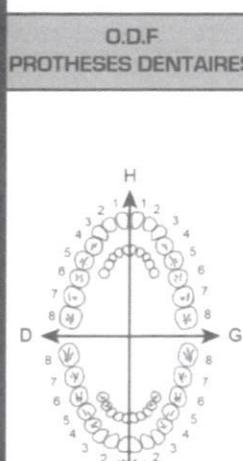
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

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"/>															
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
		<table border="1" 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" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		11433553		B		<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D																	
		00000000																	
35533411																			
11433553																			
B																			
				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"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Samira SABER

Dermatologue - Vénéréologue

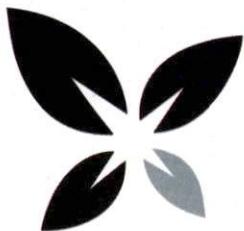
**Ancienne Interne du CHU Ibn Rochd
Diplômée en Médecine Esthétique et Lasers
de l'Université de Besançon, France**

Maladies de la peau, Cuir Chevelu, Ongles, Allergies, Chirurgie Dermatologique, Médecine Esthétique, Lasers

hirurgie Dermatologique,
sthétique, Lasers

PHARMACIE AL-HIKMA
CASABLANCA SARL-AU
Mme R. TLEMÇANI Souad
Docteur en Pharmacie
8, Rue Abou Al Aala Zahar, Quartier
des Hôpitaux. CASA - Tél: 0522 86 55 51

Total : 654,86 DLs



الدكتورة سميرة صابر

ال اختصاصية في الأمراض الجلدية والتالسلية

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى ابن رشد
حاملة شهادة طب التجميل والليزر من جامعة بنسون
فرنسا
أمراض الجلد، الشعر والأظافر - الحساسية - جراحة ا
طب التجميل - الليزر

Le : 12/07/2003

Ortel ktn Alkilahs

3, Bd Mohamed V - Hay Azzahra, 2ème étage (près de la mosquée Azzahra), Berrechid

3. شارع محمد الخامس حي الطابق الثاني ، قرب مسجد ابرشيد

E-mail : saberdermato@gmail.com - Tél./Fax : 05 22 32 44 77