

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.

N° W19-482272

Dos n° 10504 .

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		RAM	
Matricule :	04456	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		MOUBAL MOUKHTAR	
Date de naissance :		13.12.69	
Adresse :		Habilielle	
Tél. :	0661-622-800	Total des frais engagés :	1093 Dhs
Cadre réservé au Médecin Dr FELLAH ALLI Dermatologue Vénéréologue S.B. Mokhtar El Garnaoul Sidi Bernoussi Casabian Tel 05 22 75 843			
Cachet du médecin :		ACCUEIL	
Date de consultation :	26/10/2019	Age: 19	
Nom et prénom du malade :		MOUBAL SAFAE	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :		DERMATOSE	
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 S.B. Bernoussi 2019 Le : 26/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
26/10/2019	cs		2.000 DH	INP : 0911186776 Dr. FELLAH Aït Ali Dermatologue-Vénérologue S.B. Mokhtar El Garnaoui Sidi Bernoussi Casablanca TÉL : 05 22 755 843

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie A. Khouayeff Boussif Moubaraka 05 22 73 94 44</i>	<i>16/11/19</i>	<i>893,60</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/></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 style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<input checked="" type="checkbox"/>		00000000	00000000	35533411	11433553	B	D	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H	G																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	<input checked="" type="checkbox"/>																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	D																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur FELLAHI Ali

SPECIALISTE

Dermatologie - Vénérérologie

Dermato - Allergologie

Chirurgie Dermatologique

Dermatologie esthétique

LASER

Tél.: 0522 75 58 43

الدكتور الفلاحي على

اختصاصي في الأمراض الجلدية

و التناسلية - الحساسية

جراحة الجلد

علم التجميل و الليزر

الهاتف : 0522 75 58 43

Casablanca, le

23 OCT. 2019

NOUBAZ Safae

PHARMACIE YAFA
Mme AL KHAIF AMAL
Imme 52 Hay Moubarak
Sidi Bernoussi - Casablanca
TEL: 05 22 73 94 44

135.00

/ Ataphil lotion S.V. nettoyante peaux mixtes
pour le visage du nez

166.00

/ Epidur gel S.V. 100 ml pour le nez

138.00

/ Eryphyral HSP 1/2 heure apres
épidur S.V.

345.00

/ DCP non greasy S.V. ecelle mince
savon / nettoyant et tonifiant
et doux

شارع مختار بن أحمد الكرناوي، مجموعة 115، رقم 5، القدس، سيدى البرنوصي، الدار البيضاء (أمام مسجد القدس)

N° 5 Bd Mokhtar Ben Ahmed El Guernaoui, Al Qods Sidi Bernoussi, Casablanca

Tél.: 0522 75 58 43 - الهاتف : E-mail : afellahi@gmail.com

البريد الإلكتروني : afellahi@gmail.com

~~✓ IStacyne 100 mg
200 X 10~~

~~100 / ml pot 2 mm~~

~~893,60~~

PPV:	22,00
LOT:	
PER:	

PPV:	22,00
LOT:	
PER:	

PPV:	22,00
LOT:	
PER:	

Dr. FELLAH ZALI
Dermatologue-Vénérologue
5 B. Mokhtar El Garraoui
Sidi Bernoussi Casablanca
Tel 05 22 755 843

YAPU
Anakha
KHA Noubarane
Al Rayi - Casablanca
Pharmacie
Noum Beni 05 22 755 843
Sidi Tel:

[Neff 1 mm
Gg 2 mm]