

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-482272

DOS n° 10504

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 24456 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUBAL MOHITAR

Date de naissance : 13-12-61

Adresse : Habituelle

Tél. : 0661-622-300 Total des frais engagés : 1093 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 26/10/2019

Date de consultation : 26/10/2019

Nom et prénom du malade : MOUBAL SAFAE Age : 19

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ 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 : CASABLANCA 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		2000H	INP : 109118675
				Dr. FELLAH Ali
				Dermatologue-Vénérologue
				5 B. Mokhtar El Garnaoui
				Sidi Bernoussi Casablanca
				Tel : 05 22 755 843

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALFA Mme AL KHAFI Imm 62-449 Moulbarka Sidi Bernoussi - Casablanca TEL : 05 22 73 94 44	26/10/19	89360

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ 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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D — G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D — G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D — G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur FELLAHI Ali

SPECIALISTE

Dermatologie - Vénéréologie

Dermato - Allergologie

Chirurgie Dermatologique

Dermatologie esthétique

LASER

Tél.: 0522 75 58 43

الدكتور الفلاحي علي

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 KHAFIF AMAL
Imm 52 Hay Moubaraka
Sidi Bernoussi - Casablanca
TEL : 05 22 73 94 44

1/ Cetaphil lotion S.V. nettoyante pour le visage
13500

2/ Epiduo gel S.V. 2 app / jour sur le visage
14660

3/ Cephylral HSP 1/2 litre ap
13600
Epiduo S.V.

4/ DCP miniscule S.V. 1 app / matin et soir
34500

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

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

البريد الإلكتروني : afellahi@gmail.com - الهاتف : 0522 75 58 43

✓
2200 Xb

Itacyne 100 mg

S.V

1 ep / pu pt 2 mm

893,60

PPV:
LOT:
PER:

22,00

PPV:
LOT:
PER:

22,00

PPV:
LOT:
PER:

22,00

Dr. FELLAHLI
Dermatologue-Vénérologue
S.B. Mokhtar El Garmoul
Sidi Bernoussi Casablanca
Tel: 05 22 755 843

Pharmacie YAF
Sidi Bernoussi - Casablanca
Tel: 05 22 73 94 44
Mme Kharif AMT
Sidi Bernoussi - Casablanca

[Nett
G

1 mm

2 mm