

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Industrie Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-484618

| | | | |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) : 23410 | | | |
| Matricule : 03324 | | | |
| Société : Ram | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | | | |
| Nom & Prénom : CHATOUANI MOUSTAPHA | | | |
| Date de naissance : 01/07/62 | | | |
| Adresse : HABITUELLE | | | |
| Tél. : 06 68 18 50 84 Total des frais engagés : 450,00 Dhs | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin <small>Dr. DABBOUL Ahmed Dermatologue-Cosmetologue 804 Bd. El Ouds Hay Chafia Casablanca - Tel. 0522 17 23 23</small> | | | |
| Cachet du médecin : 17-02-2013 CHATOUANI MOUSTAPHA | | | |
| Date de consultation : 17-02-2013 Nom et prénom du malade : CHATOUANI MOUSTAPHA Age : 51 | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Angine murales | | | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : | | | |
| Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer le diagnostic 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 connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles. Fait à : DR Le : 28/02/2013 | | | |
| Signature de l'adhérent(e) : DR | | | |
| MUPRAS ACCUEIL | | | |

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 17-02-20 | 9 | | 250- | INP : 09/02/2020 / Dr. DAABOUL Ahmad Dermatologue - Cosmétologie Medecine Esthétique - LASER Boulevard El Oods Hay Chifa App' n° 1 Casablanca - Tel. (0522) 21 21 31 |
| 17-02-20 | C151 | K80 | 1200- | Dr. DAABOUL Ahmad Dermatologue - Cosmétologie Medecine Esthétique - LASER Boulevard El Oods Hay Chifa App' n° 1 Casablanca - Tel. (0522) 21 21 31 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la facture | Signature - Dr. DAABOUL Ahmad Dermatologue - Cosmétologie Medecine Esthétique - LASER Boulevard El Oods Hay Chifa App' n° 1 Casablanca - Tel. (0522) 21 21 31 |
|--|------|-----------------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| 17-02-2020 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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'O.D.F.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|---------------------------|
| | | | | 1 1 1 1 1 1 1 |
| | | | | 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 |

D.O.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| | 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |
| B | | |
| G | | |

[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

Dr. Ahmad DAABOUL
Spécialiste
Dermatologie - Cosmétologie
Vénérologie - Allergologie
Médecine Esthétique & Anti-âge
Mésothérapie - LASER



الدكتور أحمد دعبول
اختصاصي
في أمراض وجراحة الجلد
والشعر والأظافر - الليزر
الطب التجميلي

Casablanca, le :

17-02-2020

COMPTE RENDU

Je soussigné Dr DAABOUL Ahmad certifie que :

Mr CHATOUANI Mostapha subi une intervention chirurgicale

concernant ongle incarnée.

NGAP C 151 K 80

et pour cela, j'ai pris comme honoraire mille deux cents dirhams (1200).

Prière de faire valoir ce que de droit .

Dr. DAABOUL Ahmad
Dermatologie Cosmétologie
Médecine Esthétique - LASER
806 Bd El Qods Hay Chrif App. 1
Casablanca - Tel (0522) 21 21 31