

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-473916

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) 23718			
Matricole : 6235 Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : JAKIR fed			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0522 20 45 45 Total des frais engagés : 1032,70 Dhs			
Cadre réservé au Médecin 04 MARS 2020			
Cachet du médecin : ACCUEIL Dr. KHALID LAMNIAI DERMATO VENEROLOGUE Angle Bd Sidi Abderrahmane et Bd Abdellah Boutaleb Casa Tel 0522 90 04 17			
Date de consultation : 04/03/2020			
Nom et prénom du malade : JAKIR Mohamed Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affection Dermato logique			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **04/03/2020**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
14-03-2020	VS	0	250 dh	INPE : 091/160570 N° INPE : 091/160570 Dr. Khalid DERMATO-VENEROLOGISTE Angle Bd Sidi Abderrahmane Et Bd Telb执hal Hadi Boutaleb Tel 0522 90 04 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/03/20	682,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des scins.

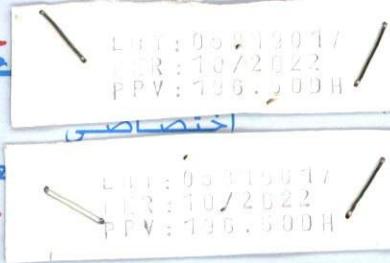
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement cancéraires, 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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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		

SPECIALISTE

Maladies de la peau et du cuir chevelu
Infections sexuellement transmissibles



Casablanca, le الدارالبيضاء. في
04/03/2020

MR JAKIR MOHAMED

138,100
FRONT

-BACTOSPRAY

28,00

2 FOIS PAR JOUR PDT 10 JOURS

-COCCIDIN CREME

196,50
x 2

2 FOIS PAR JOUR PDT 10 JOURS

-SEPCEN 500 CP

1CP/ 2 FOIS PAR JOUR PDT 10 JOURS

BACTOSPRAY
LOT: 191216A
EXP: 01/2023
PPC: 138.00DH

LOT: 190681
PER: 03-22
PPV: 28,00DH

84,100

EN INTERORTEILS
-DERMOFIX Poudre

39,60

EXODERIL CREME

LE MATIN PDT 6 SEMAINES

LE SOIR PDT 6 SEMAINES

84,100

LOT: M0028
EXP: SEP 2024
PPV: 39,60 DH

628,180

PHARMACIE EL DOLFI
313/ Bd. Oued TIZGI
Casablanca - Tel: 05 22 90 04 17
Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Bd. Abdelhadi Boutaleb

Dr. Khalid LAMNIAI
DERMATO-VENEROLOGUE
Angle Bd. Sidi Abderrahmane
et Bd. Abdelhadi Boutaleb
Casa Tel: 05 22 90 04 17

Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Bd. Abdelhadi Boutaleb, 2ème étage n° 7 Hay Hassani - Casablanca
زاوية شارع سيدى عبد الرحمن وشارع عبد الهادى بوطالب. الطابق الثاني رقم 7 الحى الحسنى - الدارالبيضاء

هاتف العيادة الثابت: 05 22 90 04 17 - الهاتف/الفاكس: 05 22 89 19 35

محمول العيادة: 05 22 90 04 17 - GSM cabinet: 06 69 88 00 95 - E-mail: cabinet.drlam@gmail.com