

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-537858

ND: 35541

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>12691</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>Khalafi Mohamed</u>			
Date de naissance : <u>29/10/41/27</u>			
Adresse : <u>Appt 105 N° 5 Jard-Dr. Rabil 1, G.G., entrée 12, Quja</u>			
Tél. : <u>066 119 83 96</u> Total des frais engagés : <u>422,60</u> Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>21/10/5, 2020</u>			
Nom et prénom du malade : <u>EL KHALFI med ANAS</u> Age : _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Affection dermatologique</u>			
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 : Cesca Signature de l'adhérent(e) : Ahmed Le : 21/10/5, 2020

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
21/11/2020	S	5	350.00	N° INPE : 091180570 Dr. Khalid LALI DERMA OVNIROL Bd. Sidi Abderrahmane Abdellah Boutaleb 0522-50-04-1

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21.07.10	72,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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'OD

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

[Création, remont, adjonction]

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

إختصاصي
في أمراض الجلد والشعر
الأمراض التناسلية

Casablanca, le

21/05/2020

الدار البيضاء، في

MR EL KHALFI MED ANAS

VISAGE

-LIPIKAR GEL SURGRAS

LAVER ET RINCIER

PLIS

-DERMOVAL CREME

2 FOIS PAR JOUR PDT 10 JOURS

LE SOIR PDT 10 JOURS

1 SOIR SUR 2 PDT 10 JOURS ET ARRET

750 Bd Hassan II Casablanca
Dr. Pescini Cie Comptoir
PHARMACE NASSER

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 17.40 DH
ID : 639132

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 17.40 DH
ID : 644622
Barcode: 6 118000 161295

-CICAPLAST BAUME B5

LE SOIR PDT 1 MOIS

RE

DT : 0072
EXP : DEC 2022
PPV : 37,80 DH

-EFFICORT LIOPHILE

2 FOIS PAR JOUR PDT 8 JOURS

1 FOIS PAR JOUR PDT 8 JOURS ET ARRET

S.V

PUIS

-CICAPLAST BAUME B5

MATIN ET SOIR

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 - الدار البيضاء

هاتف العيادة الثاني: Tél. : 05 22 90 04 17 - الهاتف/fax: 05 22 89 19 35

محمول العيادة: 05 22 90 04 17 - GSM cabinet : 06 69 88 00 95

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

E-mail : cabinet.drlam@gmail.com - GSM cabinet : 06 69 88 00 95