

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.

N° W19-452344

ND: 36566

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 102648

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BAHSSON N. Hocine

Date de naissance :

24/09/79

Adresse :

Tél. : 0661412626

Total des frais engagés :

250 DHDC + 56 DH Dhs
Médi

Dr. Wissal EL SOUSSI

Dermatologue vénérologue

Bd. 2 Mars Andalous n°741 éta.2
Casablanca

Tél: 0522 87 26 81 - 06 62 86 82 81

Date de consultation :

14/03/2020

Nom et prénom du malade :

BAHSSON N. Hocine Age: 40 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Psoriasis

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 :

cash

Le : 12/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

BAHSSON N. Hocine

ACCOURT 12/03/2020

ACCOURT 12/03/2020

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 |
|-----------------|--|-----------------------|---------------------------------|--|
| 14/03/2020 | <i>Dr. Wissal EL SOUSSI</i> Dermatologue 22,2 Mars Andalou Casablanca 287-26-81-06-62-85-82-11 | 5 | 241.000.00 | INP INPE:091186924 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <i>Pharmacie Y - TA : 91.20.26</i> | <i>14/3/2022</i> | <i>56.70</i> |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | 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'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 <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> B | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | |
| | | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | | D | G | | | | | | | | | | | | |
| | | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | | 11433553 | | | | | | | | | | | | | |
| [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 | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Wissal El Soussi Ait Said

Dermatologue - vénérologue

- Maladies de la peau, cheveux et ongles.
- Maladies sexuellement transmissibles.
- Dermatologie - Allergologie.
- Dermatologie Esthétique - cosmétologie - Lasers.

الدكتورة وصال السوسي أيت سعيد

اختصاصية في الأمراض الجلدية و التناسلية

- أمراض الجلد. الشعر و الأظافر
- الأمراض المنقولة جنسيا
- حساسية الجلد
- التجميل الطبيعي ، الليزر

W

Casablanca, le 14 03 2020

30g

M. Balsoun Houda

34.70

1. Skinosalic lotion

1 app 1 20 ml / 2 ml

1 app x 3 / semain

22,00

2. Clartec cp.

1 cp / 5

3. Lipikar Baume Mat 500g

Pharmappel
1. Bd. Oum Raia (Quai 2000) Casablanca

= 36.70

Skinosalic®

30g

LOT : 1478
UT. AV : 02 - 18
P.P.V : 34 DH 70

skinosalic

Clartec® 10 mg

10 comprimés

Voie orale

95*20*48

Dr. Wissal EL SOUSSI
Dermatologue - vénérologue
Bd. 2 Mars Andalous 3 n°741 étg.2
Casablanca Tél: 05 22 87 26 81
INPE: 091186924

Bd 2 mars Andalous 3 N° 741, 2^{ème} étage (croisement Bd 2 mars et Bd Panoramique) Casablanca
شارع 2 مارس، أندلس 3، رقم 741، الطابق الثاني (نطاق شارع 2 مارس مع شارع المنظر العام) الدار البيضاء

✉: elsoussiwissal@gmail.com ☎: 05 22 87 26 81 / 06 62 86 82 81