

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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-485905

ND: 37608

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11457		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL IDRISI ARIZ
Nom & Prénom : EL IDRISI ARIZ		Date de naissance : 01/01/1970	
Adresse :			
Tél. : 0664.79.14.44		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 25/10/2020			
Nom et prénom du malade : Boukhounissa ASMAA Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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

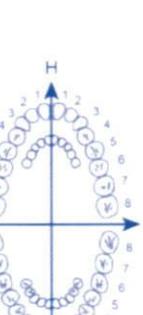
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 05/10/2020

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
25/05/20 Consultation			# 250,00	INP: 0910282714 16/05/2016 16/05/2016 Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Bachet du fabricant ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
ALIBABA PARIS Casablanca n°26, Lot, Nassim, Quartier NASSIM, 1930, Casablanca	25/05/1930	369,60

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																																				
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																																				
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																
				INP : <input type="checkbox"/>																																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>																																
				MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>																																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																																
				FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																																
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel: Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000									D		G		00000000	35533411	00000000	11433553					B		B	
H		G																																		
25533412	00000000	21433552	00000000																																	
D		G																																		
00000000	35533411	00000000	11433553																																	
B		B																																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>																																
				MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>																																
				DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>																																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>																																

Docteur Kaoutar Jana

Dermatologue - Vénéréologue

Ancien Médecin interne au

CHU Ibn Rochd et à L'Hôpital

Diplômée en Médecine Esth

et lasers de l'université de B

Maladies de la peau, cuir che

Allergies - Brûlures- Chirurgi

Médecine Esthétique - Lasers

58,00

Zadryl® 10 mg
Cétirizine
15 comprimés enrobés sécables



الدكتورة كوثر جناتي

إختصاصية في الأمراض الجلدية و التنسالية

طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد

ومستشفى الأمير مولاي الحسن

حاصلة على شهادة طب التجميل

والليزر من جامعة برسنون - فرنسا

أمراض الجلد، الشعر و الأظافر ، الحساسية

الحرقوق ، جراحة الجلد ، طب التجميل ، الليزر

25/05/2020 -
Casablanca, le ...

Mme Bouthkourina Asmaa

23,90

1)

Diprolene paracétamol

293,70

2)

1 appl sur

préparation

+ Ketocal

+ Dermal

+ Eryfleed solutu

26/05/2020
T052

ealeti

n=1

n=1

n=1

52,00

3)

Zadryl

10 mg

4)

Vercid

1 appl

sur 15 jours

369,60

