

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.

Diagnostique 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 canaux, 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 canaux.

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

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° P19- 052273

NID: 45792

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5013 Société : /

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mr SAROUTI Hassan

Date de naissance : 09/01/1957

Adresse : Rue 89, N° 5 Sub. Ettouane Hay Hassan Casablanca

Tél. : 0662250299 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Khalid LAMNIA
DERMATO-VENEROLOGUE
Angle Bd Sidi Mohammed
et Bd Abdelhadi Boualeb
Casa Tél: 0521000417

Date de consultation : 24 / 08 / 2020

Nom et prénom du malade : SAROUTI HASSAN Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Dermatologique

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 : / / Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : /

RELEVÉ 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
24/08/2020		8	350 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/08/2020	14750

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> <div> G 00000000 11433553 </div> </div>			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

Docteur Khalid Lamniai
SPECIALISTE

Maladies de la peau et du cuir chevelu
Maladies sexuellement transmissibles
Médecine Esthétique

Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Route d'Azemmour
2^{ème} étage N° 7 Hay Hassani Casablanca
Tél. : 022 90.04.17 - Fax : 022 89.19.35

الدكتور خالد المنيعي
اختصاصي

في أمراض الجلد و الشعر
الأمراض التناسلية
طب التجميل

زاوية شارع سيدي عبد الرحمان و طريق أزموور
الطابق الثاني رقم 7 الحي الحسني - البيضاء
الهاتف : 022 90.04.17 - الفاكس : 022 89.19.35

Casablanca, le في الدار البيضاء،

24/08/2020

MR SAROUTI HASSAN

CHEVEUX

-SKINOSALIC LOTION

1 JOUR SUR 2 PDT 1 MOIS

1 JOUR SUR 3 PDT 1 MOIS

VENTRE (BOUTONS)

-ERYFLUID SOLUTION

MATIN ET SOIR PDT 1 MOIS

INTER ORTEIL

-EXODERIL CREME

LE SOIR PDT 1 MOIS

PIEDS

~~DIPROSALIC POMMADE~~

1 JOUR SUR 2 PDT 1 MOIS

ERYFLUID 4%
LOTION FL 100 ML
P.P.V : 67DH20

EXP: MHI 2025
PPV: 39,60 DH

صيدية التقدم
PHARMACIE DU PROGRES
El GUERMAJ Abdelghani
9, Place du 16 Novembre
Casablanca - Tél: 0522 22 85 27
Fax: 0522 20 13 06

Dr. Khalid LAMNIAI
DERMATO-VENEROLOGUE
Angle Bd Sidi Abderrahmane
et Bd Abdelhadi Boutaleb
Casa Tél 0522 90 04 17

147,50