

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0701 Société :

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : BADRANE Aïcha

Date de naissance : 1/1/47

Adresse : Résidence Melak's N°1

Ville verte Bouskoura

Tél. : 066 123 0781 Total des frais engagés : 3950 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : 26 / 10 / 2022

Nom et prénom du malade : BADRANE Fatima

Lieu de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dermatose

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

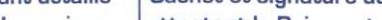
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Le : 26 / 10 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26/10/22 | CS | | 300 DH |  Dr. ZOUHAIR KAWTAR Professeur Dermato - Géneroologie Service d'Esthétique Laser Clinique Abdelloumen 53,73 Avenue De LaBrioché Doree |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Prénom et Nom du Pharmacien | Date | Montant de la Facture |
|-----------------------------|------------|-----------------------|
| MAHMOUD Mounia | 26/10/2024 | 25,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

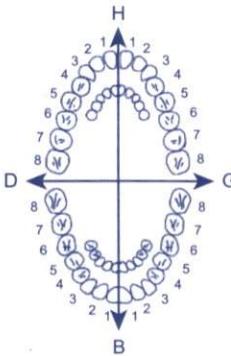
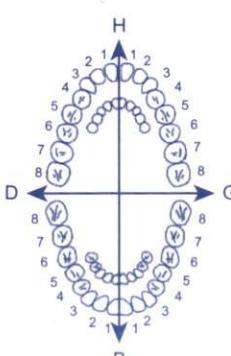
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|--|---|---------------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | Coefficient des travaux |
| | | | | Montants des soins |
| | | | | Début d'exécution |
| | | | | Fin d'exécution |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | H 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | | Coefficient des travaux |
| | D 00000000 | B 35533411 | | Montants des soins |
| | | | | Date du devis |
| | | | | Date de l'exécution |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | |

Professeur ZOUHAIR Kawtar

Dermatologie - Vénérologie

Dermato - Allergologie

Dermatologie Esthétique

Laser



الدكتورة زهير كوتار

إختصاصية في الأمراض

المحلية والتناسلية الحساسية

وعلم التجميل والتلizer

Casablanca, le :

26 OCT. 2022

ame BADRANE Fatima



1) Hyal Centic
Cicatric

2) Cicaplast Bam

Br

نام وثي

Cicatric

X Ag.

3) Ce ceidunie
cicatry p de 1s 25,00
Yasli X
Q2-3

LOT: 220920
PEP: 07-2025
PPV: 25,00DH

professeur ZOUHAIR Kawtar
Dermatologue
452, Angle Anoual Abdelmoumen, App 208
Tél : 0522862220/17 - 0661506399
Fax : 0522865273

