

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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 : 06089

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

THIYFA Kamal

Date de naissance :

01.01.1958

Adresse :

Tél : 06.81.13.89.89

Total des frais engagés : 1028,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

INP 091152389
T61 0522 99 62 7816 - Fax 0522 99 62 74
Massira Al Khadra - Casablanca
Cosmetologie - Laser
Dermatologie Esthétique
Dermato Allergologie
Professeur EL OUZZANI Jemaa

Date de consultation :

24 JAN 2024

Nom et prénom du malade :

Jennani Nefissa F121 Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Jennani Nefissa F121

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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.

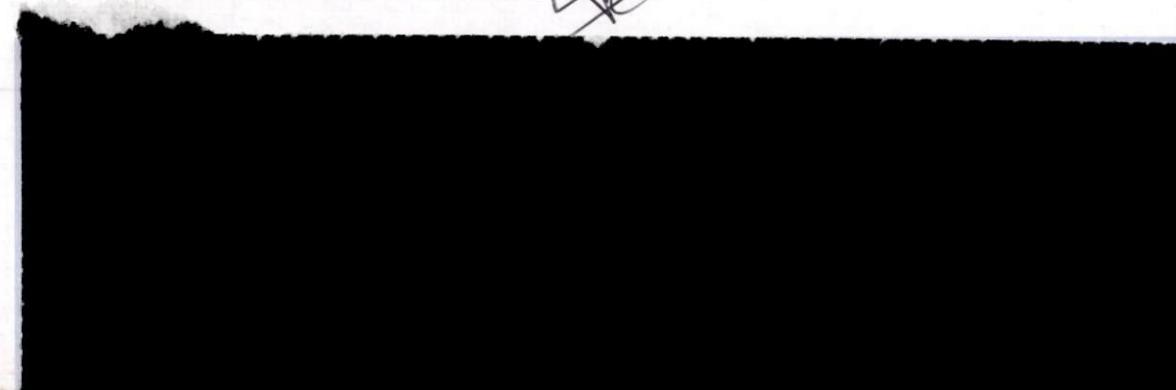
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Carthage

Le : 3/13/24

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
du - 1	DRY	G	50000	DRY
ANALYSE	DRY	G	50000	DRY

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Dr. M. A. KEROUANI 83, Bd Mouloudia Al Khadidji Tél: 05 22 23 79 28 - CEP:	26/07/2021	28000

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	21433552 00000000		
	D 00000000 35533411	00000000 11433553		
	B			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur EL OUAZZANI Tam

Dermatologie - Vénérologie

Dermato - Allergologie

Dermatologie Esthétique

Laser

الأستاذة الوزاني طام

اختصاصية في أمراض الجلد والشعر
وأمراض النساء المسائية
وعلم التجميل

Casablanca, le : 24.1.2024 الرأي البيضاء، في :

Dr. Sennari Neltah
Fatima Zahra

28/01

LOT: 231089
PER: 09-2026
PPV: 28,00DH

Goccidyn cream (5)

2ml (1) a 5 C

PHARMACEUTICAL AL ALY
Dr BENCHERKOUN Dris
83, Bd Massira Al Khadra
Tél: 05 22 99 62 75 / 76 - Casablanca

INP: 0911152389
75, Bd Massira Al Khadra
Dermato - Allergologie Laser
Dermatologie Esthétique
Professeur EL OUAZZANI Tam

75، شارع المسيرة الخضراء - الطابق الأول يسار - الرأي البيضاء - الهاتف : 05 22 99 62 75 / 76 - الفاكس : 05 22 99 62 74

75, Bd. Massira Al Khadra - 1er Etage à gauche - Casablanca - Tél.: 05 22 99 62 75 / 76 - Fax : 05 22 99 62 74

Email : tamelouazzani@hotmail.com

PROFESSEUR EL OUAZZANI TAM
DERMATO – VENEROLOGIE
DERMATO – ALLERGOLOGIE
DEERMATO – ESTHETIQUE
MELASER

Casablanca le *24 JAN 2024*

Note d'honoraire

NOM : *Bennani Neltah*
PRENOM : *Fethia Belkacem*

DATE	LIBELLE	MONTANT
<i>24 JAN 2024</i>	CONSULTATION	300.00 DHS
	ABLATION DE VERRUES	700.00 DHS
	TOTAL	1000.00.00 DHS

PROFESSEUR EL OUAZZANI TAM

*INP 09 11 52 189
BD Massira Al Khadra Casablanca
Cosmetique et Laser
Dermato Venerologie
Professeur EL OUAZZANI Tam*

75 Boulevard Massira Al khadra Maarif Casablanca
TEL : 05.22.99.62.75 / 76 Fax : 5.22.99.62.74
E-mail:tamelouazzani@hotmail.com

**IF 407 182 75
ICE 00166454000031**

TP 357 100 28

**CNSS 738 43 16
INP 09 11 52 189**