

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-496372

par *39619*

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire		
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	8829	Société :	<i>GENE RAETIST</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	<i>LA</i>
Nom & Prénom :		<i>GENE RAETIST</i>	
Date de naissance :		<i>16/06/69</i>	
Adresse :		<i>LA GENNE</i>	
Tél. :		<i>0667678977</i>	
Total des frais engagés :			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	<i>MUPRAS 31 AOUT 2020</i>
Date de consultation :	<i>15/07/2020</i>
Nom et prénom du malade :	<i>GENE RAETIST</i>
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
<input type="checkbox"/> Conjoint	
<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie :	
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'att. médecin conseil de la Mutuelle.	

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

Fait à : *CASA* Le : *15/07/2020*
 Signature de l'adhérent(e) : *Gene Raetist*

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
15/11/2025	CS	139.220000	139.220000	INP : 1511202842 Dr. Z... Ré...

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU PHARE ICE : 00083097600089 5, Avenue du Phare - CASABLANCA 0522 26 68 19 - Fax: 0522 48 22 02	15/11/2025	427.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

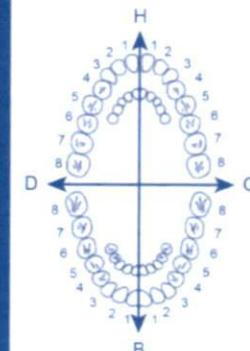
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

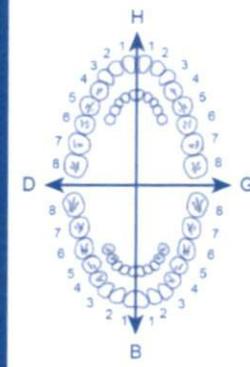
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

الدكتورة زينب التراب

اختصاصية في الأمراض الجلدية و التنايسية
أمراض الجلد و الشعر و الأظافر | جراحة الجلد

إزالة الشعر و الوشم بالليزر
علاج التجاعيد و التدوب

حاصلة على دبلوم الطب التجميلي
و الليزر من جامعة نيس بفرنسا

Casablanca le : 15/07/2020

1^{er} Sene Rachida.

86,70 - sindafud 4mg cp. (2)

1g le sain pd (1sens)

49,40 x 2 - calforex 4mg cp. (2)

2cp mat et sain pd (1sens)

79,70 x 2 - bithromax 500mg cp. (2)

1g le mat pd (6J)

82,10 - Esac 80mg gél. (2)

1427,00 1gél femat



Résidence Iliass, 13 Bd Ain Taoujat, N°8, 4^{ème} étage - Bourgogne, Casablanca (en face de la clinique Badr)

إقامة إلياس، 13 شارع عين تاوجطات، رقم 8، الطابق 4 - بوركون، الدار البيضاء (أمام مصحة بدر)

البريد الإلكتروني : z.terrab@gmail.com | البريد الإلكتروني : [0522 475248](tel:0522475248) - الهاتف : [0522 475247](tel:0522475247) - الفاكس : z.terrab@gmail.com