

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 prothèse ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection longue Durée AID et ALG

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Autres liens 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

Nº W19-569945

41966

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e) _____			
Matricule : <u>12407</u>	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>LOUASSIT HOYAN</u>			
Date de naissance : <u>08/11/1983</u>			
Adresse : <u>Résidence Al Barakine Villa 28 Tmarais</u>			
Tél. : _____	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Cadre réservé au Médecin	Dr. QUADFL M'haja
Cachet du médecin :	Dermatologue - Vénérologue 1, Rue Abu Adil Hallaf (Ex. Rue Edmon Rostand) - Gauthier Télé: 0622 20 81 17/27 17 88 - 9944
Date de consultation :	LOUASSIT HOYAN
Nom et prénom du malade :	Age:
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 piconfidentiel 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 : Cambodge

5Signature de l'adhérent(e) :.....

G. Maresh

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
SEPT 2020	KZS + consommable		1100 DGS	INP : [Signature] 09/10/2020 Fostandu - 727 17 68 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.																		
<p>SOINS DENTAIRES</p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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 PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433582 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433582 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
				H	G													
				25533412 00000000	21433582 00000000													
				D	G													
				00000000 35533411	00000000 11433553													
				B														
						COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
						DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
						DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

Soins personnels et jeans

Spécialiste

- Maladies de la peau et du cuir chevelu
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Médecine Esthétique - Cosmétologie

اختصاصية في

- أمراض الجلد والشعر
- الأمراض التناولية
- الطب التجميلي

الدكتورة وادفل مهجة

Docteur Ouadfel Mohja

DERMATOLOGUE VENEROLOGUE

Lovastat

Casablanca, le

Howard

10
2023

1) Desinfection au Jack spray

Addox

2) Cicasan urage

→ application sur infection

3) Cralgant Spray adona

4) Flexi Strip (2cm)

6mm

sur rendez vous

1, rue Abou Adil Hallaf

(ex rue Edmond Rostand)

Quartier Gautier - Casa

Tél. : (0522) 20 91 17 / 27 17 68 / 27 83 57

longueur 2 cm

DK

212, QUARTIER Mohja
Métrologue - Visuétologue
110, Avenue Abénath (Hall-f
Télé 0522 20 91 17/27 17 68 • Casa



Spécialiste

- Maladies de la peau et du cuir chevelu
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Médecine Esthétique - Cosmétologie

الدكتورة وادفل مهجة

Docteur Ouadfel Mohja

DERMATOLOGUE VENEROLOGUE

- إختصاصية في
- أمراض الجلد والشعر
 - الأمراض التناسلية
 - الطب التجميلي

ZOUAIDI OUADFEL

Casablanca le

01 Sept 2000

RDV faire échographie
du sein

Dr OUADFEL Mohja
Dermatologue, Venerologue
1, Rue Abou Adil Hallaf
(ex. Rue Edmond Rostand) - Gauthier
Tél: 0522 27 17 68 - Casa

sur rendez vous
1^e rue Abou Adil Hallaf
(ex rue Edmond Rostand)
Quartier Gauthier - Casa
Tél. : (0522) 20.91.17/27.17.68/27.83.57

DOCTEUR OUADFEL MOHJA

DERMATOLOGUE VENEROLOGUE

SPECIALISTE

MALADIES DE LA PEAU ET DU CUIR CHEVELU

MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

MEDECINES ESTHETIQUE -COSMETOLOGIE

Reçu/Note d'honoraires

Date	Numéro
10/09/2020	F/338/2020

LOUASSIT HOYAM

Date	Lieu	Acte	Montant
10/09/20	Cabinet	ELECTRO [k30+CONSOMMABLE]	1.500,00
			Total 1.500,00

Arrêtée la présente Note à la somme de:

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

ELECTROCOAGULATION DE VERRUES FILIFORMES DU VISAGE ET DE DECOLTE.

Dr. OUADFEL Mohja
Dermatologue - Vénérologue
rue Abdou Hallaf (ex R.
Edmon Rostand) - Gauthier
Tél: 6522 29 91 17/27 17 68 - Casablanca