

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothésaire :

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

Réclamation	: contact@mupras.com
Mise en charge	: pec@mupras.com
Dhésion 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.

S : 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° P19-0037365

73837

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2824

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAHRI JOUTEI Nourma

Date de naissance : 05-04-1952

Adresse : 518 Hj. FATEH ouffa-casa

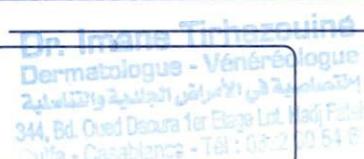
Tél. : 06 32 30 03 67

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/06/2021

Nom et prénom du malade : TAHRI JOUTEI Nourma Age: 68

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Dermatologique (Rosacée + Nœuds de la main)

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

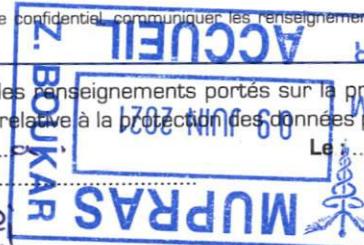
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



MUPRAS

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
28/06/2021	250,000 DHS			Dr. M'hamed TIRHAZOUINE Dermatologue - Vénéréologue Sécurité Sociale - Casablanca 44, Bd. Oued Dabouz 1er Etage Lot. Hadj Faleh Casablanca - Tel : 0322 90 54 63

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX																																
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																			
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>	H	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>	H	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>	H	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>	H	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
	H	21433552																																		
	00000000	00000000																																		
	00000000	00000000																																		
35533411	11433553																																			
H	21433552																																			
00000000	00000000																																			
00000000	00000000																																			
35533411	11433553																																			
H	21433552																																			
00000000	00000000																																			
00000000	00000000																																			
35533411	11433553																																			
H	21433552																																			
00000000	00000000																																			
00000000	00000000																																			
35533411	11433553																																			
	[Création, remont, adjonction]																																			
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																			
COEFFICIENT DES TRAVAUX	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'																																				



Dr Imane **TIRHAZOUINE**

د . إيمان تيغزوين

- Dermatologie - Vénérérologie
- Allergologie
- Chirurgie de la Peau et des Ongles
- Dermatologie Esthétique
- Laser

- إختصاصية
- في أمراض الجلد و الشعر والأظافر
- الأمراض التناسلية حساسية الجلد
- جراحة الجلد و الأظافر
- الطب التجميلي و الليزر

Casablanca , le :

02 / 06 / 2021



Yve Tahia Jutei Naima

1) - Placenta crème anti-âgeurs

l'appelle le matin sur le visage

2) - Effacer le acne 123,00DH

l'appelle le soir sur le visage

3) - Atolane Gel crème 199,00DH

l'appelle le soir sur les jambes

PARAPHARMACIE LA GRANDE
342 Lot Haj Fateh Lissasfa
GSM: 0658.87.19.83
Tél: 0522.90.35.79

RDV/MS

Signature