

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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.

ladie 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

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion 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 caractériel 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

N° M21- 0021522

Optique *75356* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

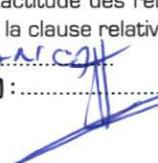
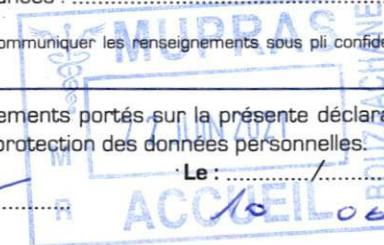
Matricule : *07655* Société : *Royal air maroc*
 Actif Pensionné(e) Autre
 Nom & Prénom : *SALHI Abderrahman*
 Date de naissance : *19/03/1957 à Casablanca*
 Adresse : *523 lot haj fatch oufza casablanca*
 Tél. : *0663643449* Total des frais engagés : *340,5* Dhs

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Dr. Imene Tiraazouine
 Dermatologue - Vénéréologue
 24, Rue Ben Yakkouf, Casablanca
 34, Bd Ben Douda 1er El Faz Lot Hadj Fath
 Casablanca - Maroc
 Tel : 0522 90 54 60
 Date de consultation : *10/06/2021*
 Nom et prénom du malade : *SALHI Abderrahman* Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : *DERMATOLOGIQUE*
 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 : *10/06/2021*
 Signature de l'adhérent(e) : 

ACCUEIL 10/06/2021

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
10/06/2021	C		250.00	Dr. Imad Dermatalogue - 3445 3rd Avenue 312-937-1888 Dermatology - Tel : 312-937-1888

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Stephan Blanchard Pharmacien Blanchard - tél: 0522 93 70 20	10/06/2021	90,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

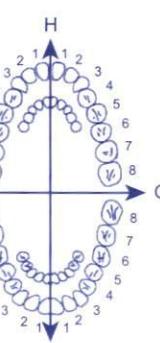
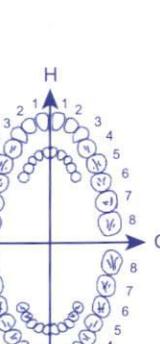
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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			
		H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		D B			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



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 و الأظافر
- الأمراض التناسلية حساسية الجلد
- جراحة الجلد و الأظافر
- الطب التجميلي و الليزر

Casablanca , le :

10/06/2021

91 سامي أ卜نامان



90,50 J- Xyzall 5 mg

SV

dep 1m/2

× 18;

mis dep × el semaine

× mis

STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
Lotis. Haj Fateh Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

PPV/hamza

