

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.

Diologie 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

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

N° P19- 052377

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10370 Société : 86309
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : NAOUAL AKAA BOONE
Date de naissance : 12-04-75
Adresse : 40 Bd de Bordeaux, CASA BLANCA
Tél : 066136540 Total des frais engagés : 367,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :



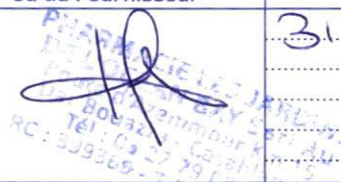
Date de consultation : 31/08/2021
Nom et prénom du malade : CHAFEI RYAN Mohamed Age : 16 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Dermatologie
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer 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 : Le : / /
Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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
31/08/21	C2	C2	380,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31.08.2021	T=67,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

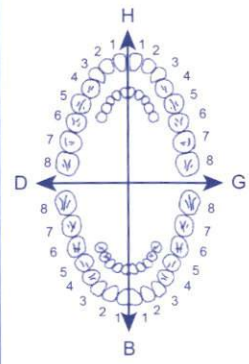
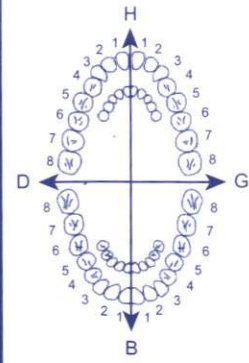
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	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

Docteur Ibtissam BENJDYA LAHBABI

DERMATOLOGUE - VÉNÉRÉOLOGUE

Diplômée de l'Université de Rennes

Ancienne Interne des Hôpitaux de Rennes

Diplôme Inter Universitaire de Dermatologie Chirurgicale - Bordeaux

Diplôme Inter Universitaire de Dermatologie, Esthétique, Cosmétologie et Lasers-Bordeaux

Diplôme Universitaire de Cancérologie Cutanée-Montpellier

Maladies de la peau et des phanères

Maladies sexuellement transmissibles

Varices



CABINET
DERMATOLOGIQUE
AL FOURATE

الدكتورة إبتسام ابن جدية الحبابي

إختصاصية في الأمراض الجلدية و التناسلية

خريج كلية الطب برين - فرنسا

طب الجلد و التجميل و الليزر - بورديو

جراحة الجلد مونيولييه

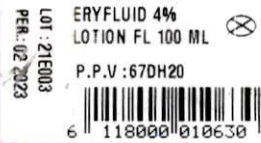
Casablanca, le : 31/08/2021

N° CHATAI RYAN MOHAMED

1/ Effacer gel nettoyant Le Code Bray
uniquement sur le laser le visage
et sous le coude

2/ Naelys zinc : 1/1 le soir
au coucher repass pendant 3 mois -

3/ 67,20 Eryfluid 4%
* Le soir sur les boutons avec le coton
pendant 1 mois



T=67,20

Dr. Ibtissam BENJDYA
DERMATOLOGUE - VÉNÉRÉOLOGUE
Dermatologue Spécialiste
3ème étage N° 5 - Maârif Extention - Casablanca

67, زاوية زنقة الفرات، إقامة برناين، الطابق الثالث الرقم 5 العاريف، الدار البيضاء

67, Angle rue Al Fourate, Résidence Bernaben, 3ème étage N° 5 - Maârif Extention - Casablanca

67, زاوية زنقة الفرات، إقامة برناين، الطابق الثالث الرقم 5 العاريف، الدار البيضاء

67, Angle rue Al Fourate, Résidence Bernaben, 3ème étage N° 5 - Maârif Extention - Casablanca

67, زاوية زنقة الفرات، إقامة برناين، الطابق الثالث الرقم 5 العاريف، الدار البيضاء