

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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° W19-514379

888X

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 4441	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : GUEZI M GHIZLANE			
Date de naissance : 15-06-1968			
Adresse : 24, Rue NISRINE Apt 8 Murs Sultane			
Tél. : 0661198724	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 23/09/21			
Nom et prénom du malade : BERRAHMA-LINA Age: <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" 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'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) : 			



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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/10/2021	83,25,04

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>PHARMACEUTIQUE DE RUE D'AGADIR - CASABLANCA Tél: 05 22 27 30</i>	05/09/21	<i>2</i>	152,50

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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'ODF.																												
<p>SOINS DENTAIRES</p>		Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>																									
			CŒFFICIENT DES TRAVAUX																									
			MONTANTS DES SOINS																									
			DEBUT D'EXECUTION																									
			FIN D'EXECUTION																									
			<p>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</p>		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">H</td> <td style="padding-bottom: 10px;">25533412</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">G</td> <td style="padding-bottom: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding-top: 10px;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding-top: 10px;">00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding-top: 10px;">G</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding-top: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">35533411</td> <td></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding-top: 10px;">B</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding-top: 10px;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding-top: 10px;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding-top: 10px;"></td> </tr> </table>		H	25533412	G	21433552		00000000		00000000	D	00000000	G	00000000		35533411		11433553	B				CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
					H	25533412	G	21433552																				
						00000000		00000000																				
					D	00000000	G	00000000																				
						35533411		11433553																				
B																												
MONTANTS DES SOINS																												
DATE DU DEVIS																												
DATE DE L'EXECUTION																												
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																												

Dr. Zineb TERRAB

Dermatologue - Vénérérologue
Maladies de la peau,
du cuir chevelu et des ongles
Chirurgie dermatologique

Dépilation et détatouage laser
Traitement des rides et des cicatrices

Diplômée en dermo-cosmétologie,
médecine esthétique et laser
de l'université de Nice



الدكتورة زينب التراب

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

إزالة الشعر و الوشم بالليزر
علاج التجاعيد و الندوب

حاصلة على دبلوم الطب التجميلي
و الليزر من جامعة نيس بفرنسا

Casablanca le : /23 sept. 2021

Ordonnance

Mlle BERRAHMA Lina

Laver le visage au DermoPurifyer gel moussant:
Matin et soir

289 درهم
Curacné 20 mg cp: 1 cp par jour pendant 1 mois

83 درهم
Topilayse baume labial: 4 fois par jour

13.30 درهم
Vaseline officinale: le soir sur les lèvres

Hyalu B5 sérum: matin et soir

Eucerin écran solaire toucher sec:
1 application toutes les 2 heures la journée

150.00 درهم
Hylocomod collyre: 1 goutte le soir dans les 2 yeux

652.50 درهم

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

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

البريد الإلكتروني : z.terrab@gmail.com - الهاتف : 0522 475248 - الفاكس : 0522 475247