

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

ditions 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.

armacie :

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.

éducation :

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 0056517

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 117261

Société : Plan

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : GUEYAT Abdellatif

Date de naissance : 24/09/1989

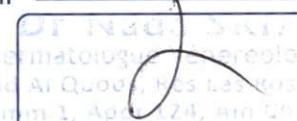
Adresse :

Tél. : 06 49959595

Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/11/2021

Nom et prénom du malade : Souleymane GUEYAT

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Seborrhoe

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 : Agadir

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 05/11/2021

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
05/01/2011	C		30000	Dermatologue VANDERBULG Bd Al Quodra 1000 Imm 1, Appart 120, 1000 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. NADA SRIFI

Dermatologue - vénéréologue

CHIRURGIE - ESTHÉTIQUE - LASERS

Ancien Médecin à l'hôpital universitaire Suissi-Rabat

Ancien Médecin des hôpitaux de Paris

Membre de la société Européenne de Dermatologie et de vénérérologie

Diplômée en :

Dermatologie pédiatrique (Nice - France)

Lasers Dermatologie (Bordeaux - France)

Techniques d'injection et de comblement

Esthétiques du visage (Paris - France)

د. ندى اسريفي

طبيبة الأمراض الجلدية والتتناسلية

جراحة الجلد - الليزر - التجميل

طبيبة سابقة بمستشفى السوسي بالرباط

طبيبة سابقة بمستشفيات باريس - فرنسا

عضوة بالأكاديمية الأوروبية لطب الجلد

حاصلة على دبلوم في

الأمراض الجلدية للأطفال (نيس - فرنسا)

طب الليزر (بوردو - فرنسا)

التقويم التجميلي للوجه (باريس - فرنسا)

ORDONNANCE

05/11/2021

Casablanca le :

Patient (e)

Nom - Prénom : Madame LAAYAR NAJAT

138

1) HYFAC WOMAN SOIN GLOBAL

Appliquer tous les soirs sur le visage pendant 3 mois

2) Heliocare 50+ eau | l'appliquer si exposition solaire

