

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
 O Prise en charge : pec@mupras.com
 O 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



Declaration de Maladie

Nº W21-681150

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13236	Société : ND NO2990		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENHDAET HANANE			
Date de naissance : 29/12/1890			
Adresse : Bd Yaâkoub El Mansour, Rés. El Beida, Imj Apt. 3, Casablanca			
Tél. : 06 60 64 92 04 Total des frais engagés : 300,00 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	Dr. Haja MAROUCHE
Cachet du médecin	
Date de consultation	18/11/2021
Nom et prénom du malade	BENHDAET HANANE
Lien de parenté	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie	chle de cheveux
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 : **04/02/2022**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	Nº W21-681150
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

Matricule : **13236**
 Nom de l'adhérent(e) : **BENHDAET HANANE**
 Total des frais engagés : **300,00**
 Date de dépôt : **04/02/2022**

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
18/1/22	Ch	XN	300 DH	INP : 099203851 AMAROUCHE Halil Annis résidence de AMAROUCHE Amarouche 2209 Date : 05/01/2022

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 Particulier

Date des Soins

Nombre

AM	PC	IM	IV
----	----	----	----

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
-----------------	----------------	------------------	-------------	-------

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXÉCUTION

FIN D'EXÉCUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXÉCUTION

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

D

G

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Spécialiste des maladies
de peau, cheveux et ongles.

- Ancien médecin au CHU Bensançon
- Diplôme médecine esthétique - Lasers
- Diplôme de dermatologie pédiatrique
CHU de Nice -France

هاجر أماروش بوسليخان

اخصائية أمراض الجلد
والشعر والأظافر

- طبيبة سابقة بمستشفى بيزونسون
- دبلوم الطب التجميلي والليزر
- دبلوم طب الجلد للأطفال
- جامعة نيس - فرنسا

Yours
Bent HAJAR
Dr. Hajar AMAROUCH
235 Résidence Al Anfal B3. 2ème étage
Appart. 6 Bvd Yacoub Al mansour
Casablanca
Tél : 05 22 39 94 86

le 18/01/2021

Visage

- 1) Nubiance gel - nettoyant 2x1J
- 2) Cuit fluide hydraté 2x1J
- 3) Sunseum fluide SPF50 l'app 4-2h
- 4) Tean Derm K l'app sur l'acné
- 5) Differin crème l'app deux fois la semaine fait 10J.
- 6) Retinactiv crème de nuit dépigmentante l'app 1/2c.

Cheveux

- 1) Puriphon ong 1Aap/1J - 3mois
- 2) Eosine ong l'app journalier sur les poils à garder 5-6h ou toute la nuit.

235 Résidence Al anfal B3 Appt 6 2ème étage Bvd Yacoub Al mansour,
Beausejour, Casablanca (au dessus de centre commercial al anfal)

+212 522 39 94 86

hajar.amarouch@gmail.com

TSP

3) Dercos lippis antipellului cheveux fins
-
2x1 serine

4) Koresolih sps lippz sur le pt.

5) Kleopill
dagls c/

Dr. Hajar AMAROUCH
Dermatologue - Vénérologue
295, Rés. Alantai E3 - 2^e Étage
Bld. Yakkoub Almansour
Beaus-Tour Casablanca
Tél : 05 22 39 94 86

AM