

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

Cessions 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.

ique :

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 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.

aladie 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

23-02

Matricule : Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BATAI MOHAMMED

Date de naissance :

01-09-53

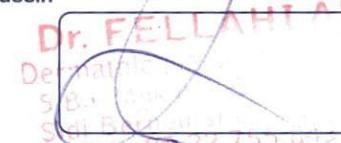
Adresse :

HAY QODS GNP BENAITA 3
N° 114 BENAHOUSSI

Tél. : 0661 51 71 43

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

28/01/2022

Nom et prénom du malade : BATAI MOHAMMED

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : DR. M. ATOSSE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

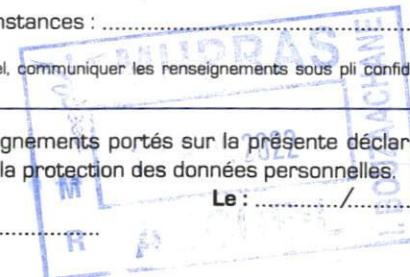
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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
29 DEC 2015	consultation		Général	Dr. FELLAHIAI Dermatologue-Vénérologue 5 B, Mokhtar El Gammour Sidi Bernoussi Casablanca Tl : 05 22 755 843

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL HAMD Int. GIG - M 2- Ché' Bourgogne Al Qods S.Bernoussi Casablanca Tél : 05 22 22 03 71	28/10/14	22 200

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 d

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

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. Each tooth is accompanied by a small circle containing a symbol representing orthodontic treatment or status:

- Upper Arch:**
 - Tooth 1: Circle with a vertical line.
 - Tooth 2: Circle with a horizontal line.
 - Tooth 3: Circle with a diagonal line.
 - Tooth 4: Circle with a cross.
 - Tooth 5: Circle with a question mark.
 - Tooth 6: Circle with a checkmark.
 - Tooth 7: Circle with a question mark.
 - Tooth 8: Circle with a question mark.
- Lower Arch:**
 - Tooth 1: Circle with a vertical line.
 - Tooth 2: Circle with a horizontal line.
 - Tooth 3: Circle with a diagonal line.
 - Tooth 4: Circle with a cross.
 - Tooth 5: Circle with a question mark.
 - Tooth 6: Circle with a checkmark.
 - Tooth 7: Circle with a question mark.
 - Tooth 8: Circle with a question mark.

A vertical arrow labeled 'H' points upwards from the center of the arch, and a horizontal arrow labeled 'D' points to the right, indicating the direction of orthodontic movement or force application.

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

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur FELLAHI Ali

SPECIALISTE

Dermatologie - Vénérérologie

Dermato - Allergologie

Chirurgie Dermatologique

Dermatologie esthétique

LASER

Tél.: 0522 75 58 43

GSM : 0624 75 55 95

Casablanca, le 29/12/2021

الدكتور الفلاحي على

اختصاصي في الأمراض الجلدية

والتناسلية - الحساسية

جراحة الجلد

علم التجميل والليزر

الهاتف : 0522 75 58 43

المحمول : 0624 75 55 95

Monsieur BATAL MOHAMMED

87,30 + 2
1) DERMOFIX 2% CREME

1 appl./ soir sur les plis PDT 1 mois. N2

23,90
2) DIPROLENE POMMADE 0.05% /TUBE 15G

1 appl. / soir sur les zones rouges jusqu'à disparition.

X 2

5.222 DH

PHARMACIE AL HAMD
Inn. G3G - M2. cité 1 Boustane
Al Qods S.Bernoussi Casablanca
Tél. n° 222 03 29

*D. FELLAHI Ali
Dermatologue Vénéréologue
5 Bd Mokhtar Ben Guernaoui
Sidi Bernoussi Casablanca
Tél. 0522 75 58 43*

