

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.

Radioologie 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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7396

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

ZA141D

NAZ14A

AN6497

Date de naissance :

Adresse : Res. D'ixar 4 Apt 126 Al Nekha Ben Berkha
Bougane CASA

Tél. : 06.66.19.1558 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin Professeur EL OUZZANI Tam

Dermato - Vénerologie
Dermato - Allergologie
Dermatologie - Méthode
Cosmétologie - Laser
75, Bd Massira Al Khayat - Casablanca
Tél: 0522 99 62 75/76 - Fax: 0522 99 62 74

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

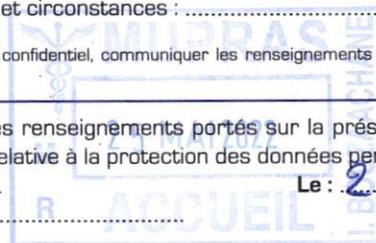
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/10/2011



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
2.3.22	S		3000	Dr. EL OUAZZANI Tam
			75 Bo M 0522 27577	75 Bo M 0522 27577

EXECUTION DES ORDONNANCES

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
		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 l'ODP.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PROFESSEUR EL OUAZZANI TAM

DERMATO – VENEROLOGIE
DERMATO – ALLERGOLOGIE
DERMATO – ESTHETIQUE
LASER

Casablanca le : 02.03.2022

Je soussigné..... certifie que

Mr. Melle Mme

présente

Nécessitant

Montant :

PROFESSEUR EL OUAZZANI TAM

75 BD. MASSIRA AL KHADRA MAARIF CASABLANCA
TEL / 05.55.99.62.75 / 76

IF 407 182 75

TP 357 100 28

CNSS 7384316

ICE 00166454000031

INPE 091152 389

PROFESSEUR EL OUAZZANI TAM
DERMATO - VENEROLOGIE
DERMATO - ALLERGOLOGIE
DEERMATO - ESTHETIQUE
MELASER

Casablanca le, 02/03/22

Note d'honoraire

NOM : TERRAF

PRENOM : MEHDI

DATE	LIBELLE	MONTANT
02.03.22	• CONSULTATION	300.00 DHS
	• ABLATION DE VERRUES	700.00 DHS
	TOTAL	1000.00DHS

PROFESSEUR EL OUAZZANI TAM

Professeur EL OUAZZANI Tam
Dermato - Vénérologie
Dermato - Allergologie
Dermato - Esthétique
75, Bd Massira Al Khadra - Casablanca
Tél: 0522 35 82 7576 - Fax: 0522 99 52 380
INP: 391152380

75 Boulevard Massira Al khadra Maarif Casablanca
TEL : 05.22.99.62.75 / 76 Fax : 5.22.99.62.74
E-mail:tamelouazzani@hotmail.com

IF 407 182 75

TP 357 100 28

CNSS 738 43 16

ICE 00166454000031

INP 09 11 52 189