

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

- 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.

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° M20- 0001482

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7396 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
 Nom & Prénom : ZAHID NAZHA
 Date de naissance :
 Adresse : Res. Riyad 4 AP 106 AV. Nelsoni Ben Berka Bourgoine CASA
 Tél. : 0666 191558 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Professeur EL OUAZZANI Tam**
 Dermato - Vénérologie
 Dermato - Allergologie
 Dermatologie Esthétique
 Cosmétologie Laser
 75 Bd Massara Al Khadka - Casablanca
 Tel: 0522 99 62 75 / 0522 99 62 74
 INP: 091152389
 Date de consultation : 15/05/2022
 Nom et prénom du malade : Derraf nelson Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Dermite atopique
 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 : 25/05/22
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
15/3	G3		3000	Professeur M. OUAZZANI Dermato - Vénérologie Dermato - Allergologie Dermatologie Esthétique Cosmétologie Lasers 75, Bd Massira Al Khadra - Casablanca Tél: 0522 99 62 75/76 - Fax 0522 99 62 74 INP: 091152389

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

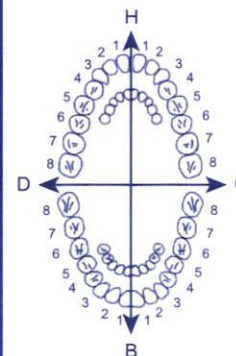
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D G

00000000 00000000

35533411 11433553

B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Casablanca le, 15/03/2022

Note d'honoraire

NOM : Mr. TERRAF

PRENOM : MEHDI

DATE	LIBELLE	MONTANT
15/03/2022	• 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
Dermatologie Esthétique
Cosmétologie Lasers
75, Bd Massira Al Khadra - Casablanca
Tél: 0522 99 62 75/76 - Fax 0522 99 62 74
INP: 091152389

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

PROFESSEUR EL OUAZZANI TAM

DERMATO – VENEROLOGIE

DERMATO – ALLERGOLOGIE

DERMATO – ESTHETIQUE

LASER

Casablanca le : 15/03/2022

Professeur EL OUAZZANI Tam

Dermato - Vénérologie
Dermato - Allergologie
Dermatologie Esthétique
Cosmétologie Lasers

Je soussigné..... certifie que

75, Bd Massira Al Khadra - Casablanca
Tél: 0522 99 62 75/76 - Fax 0522 99 62 74
INP: 091152389

☒ Mr. ☐ Melle ☐ Mme.....

présente.....

Nécessitant.....

Montant :

PROFESSEUR EL OUAZZANI TAM

Professeur EL OUAZZANI Tam

Dermato - Vénérologie
Dermato - Allergologie
Dermatologie Esthétique
Cosmétologie Lasers
75, Bd Massira Al Khadra - Casablanca
Tél: 0522 99 62 75/76 - Fax 0522 99 62 74
INP: 091152389

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