

MANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

es :
à l'adhérent doit être dûment renseigné.

au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
feille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

ole est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,
oles, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi
actes effectués en série.

, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de

médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

ients sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

gie :

u'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être
ance médicale pour toute demande de remboursement.

l du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de

médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ble renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de

ement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

èses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est
le début de traitement.

re jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

ins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

en Longue Durée ALD et ALC :

maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6

Ils utiles

: contact@mupras.com
: pec@mupras.com

gement de statut : adhesion@mupras.com

pect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données



Déclaration de Maladie

N° W21-638130

par
Gourouri

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

9196

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Lahoussi BEN CHAB
Spécialiste en Dermatologie-Vénérologie
Laser
14, Avenue des Nations Unies, Agdal Rabat

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : / /

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-638130

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

FERENT

du 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																							
<p>SOINS DENTAIRES</p>	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient																			
				INP : <input type="text"/>																			
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																							
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																							
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																							
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																							
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	00000000	00000000	<hr/>			G	35533411	11433553
	H	25533412	21433552																				
	D	00000000	00000000																				
	<hr/>																						
	B	00000000	00000000																				
	<hr/>																						
	G	35533411	11433553																				
	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>																						
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																							
(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																							

Docteur Laila Ousi Benomar
Spécialiste en Dermatologie Vénéréologie Laser
Diplômée de la Faculté de médecine de Lille
Tél. : 05-37-77-79-95
05-37-77-77-65

ell - Nibel Nelt

Rabat le

05-09-2022.

$g_{C_1} \approx k^3$

10 | Kebab mit gel. Maatketen | 300 g

continuer 03 x /seel alle

Jeffrey'sell 12-09-2022

- piss 02x | feel all

dehoni olmis
venusta olmis
maintenae

lette | fixe le vif
tion | dev. de collecte

Dr. Lalla OUSI BEN OMAR
Spécialiste en Dermatologie-Vénérologie
Laser
14, Avenue des Nations Unies. Agdal - Rabat
Tel: 05 27 77 12 61

Adresse : 14, Avenue des Nations Unies, Agdal Rabat
Tél. : 05-37-77-79-95 05-37-77-77-65
ICE : 0016665771000076 IPN : 101117182

صيدلية الورد
PHARMACIE AL WARD
شارع محمد الخامس مشروع الورد
- تامسنا - N.1.C.2
Tél: 05 37 50 98 08
INPE: 102094356

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Ketoderm 2% gel b8 sachet
P.P.V : 84,20 DH

6 116001 181490