

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-796749

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>190</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>CHOUAIBI Houssaine</u>
Nom & Prénom : <u>CHOUAIBI Houssaine</u>			
Date de naissance : <u>01/01/1933</u>			
Adresse : <u>70, rue Regraga - Casablanca</u>			
Tél. :	Total des frais engagés : <u>804,80</u> Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
Dr. Samira El Haimour Bentounsi Spécialiste en Dermatologie 653, Rés. La Villa 1er Etage N° 3 Bd. Généralma Bourgogne Casablanca - Tél : 05 22 22 78 99			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>05 JUIL 2020</u>			
Nom et prénom du malade : <u>chouaib Houssaine</u>		Age: <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : <u>chouaib Houssaine</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>chouaib Houssaine</u>			
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 : <u>chouaib Houssaine</u>	Le : <u>21/07/2023</u>		
Signature de l'adhérent(e) : <u>chouaib Houssaine</u>			



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
05 JUIL 2023	CS	1	300	INP : 0910571972 Dr. Samia El Haimeur Bentouze Spécialiste en Radiologie 552, Rue de la Bourgogne B.P. Goulinima Bourgogne Tél: 05 22 75 99

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 INPE 092065721	05/07/2023	504,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

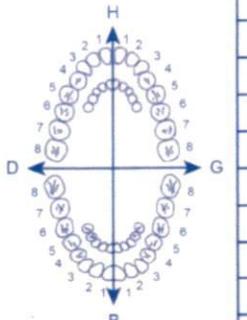
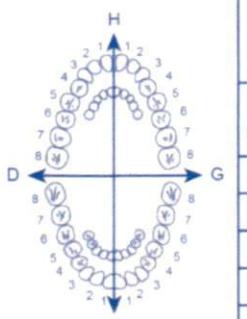
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F

SOINS DENTAIRES	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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G 			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Samira EL HAIMEUR BENTOUNSI

Dermatologue

Médecine Esthétique



الدكتورة سميرة الحيمير بنتونسي

اختصاصية في أمراض الجلد
و الطب التجميلي

Laser - Comblement et Fillers

Mésothérapie - Botox

الميزوتيرابي - البوتكس
الليزر - تعية و حشو

Casablanca le : --- 05-07-2023 --- الدار البيضاء، في :

chouaibi Houssaine

18.00

Nuudoe saue



45,80

Botox sérum

441.00

Davobet pommelet



Titulaire de l'AMM au Maroc : POLYMEDIC
Quartier Arslane-Rue d'Amyot d'Inville
BP 10877 CASABLANCA-MAROC
DAVOBET® 50 mcg/0.5 mg/g pommele
Tube de 60 g

6 118001 200832
PPV : 441 DH 00

Sous
le

Dr. Samira El Haimeur Bentounsi
Spécialiste en Dermatologie
et Vénérologie
N°3, Rés. Louvre 1er Etage
Boulevard Goulimma - Tél : 05 22 75 99

45,80

PHARMACIE
ZAKIA MIMOUNI
Dr. Amina El Haim
N°10, rue Florida Casablanca
Tél : 05 22 32 15 15
Email: aminahaim78@gmail.com

504,80

100 x 210 x 10

100 x 100 x 10

LGP

lysol sanitaire x 10



10

إقامة لوفيير 5 الرقم 653 الطابق الأول الرقم 3 زنقة كلميمة - بورگون - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 22.75.99

Résidence Louvre N°: 653 - 1er étage N°3 Rue Goulimma - Bourgogne - Casablanca - Tél: 0522 22.75.99

Reloxium 300 gr

I fel de soiropis mis

x 2 mún

~~Dr. Samira El Haimour Bentounsi
Spécialiste en Dermatologie
653, Rue du 20 Août 1955
N° 3 2d. Casablanca • Tel : 0522 22 79 99~~

Alvds 3seuus'