

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.

Pathologie 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.

Éducation :

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.

Entitaire :

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 |

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autr

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 01584

Société : RMY

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TADLI ABDELJALIL

Date de naissance : 26.09.1953

Adresse : CALIFORNIA GOLF RESORT 3ème 216 A/H E

BOUSKOURA

06 61 45 06 15

Total des frais engagés : 273,55

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12.09.2019

Nom et prénom du malade : TADLI HANTIA

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Dermatose

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 : Casablanca

Le : 05/07/2019

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Attestation des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes |
|-----------------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 12.6.19 | C2 | - | 250 DH | INP : 1022392 |
| | | | | Dr. BENHARROUD, Spécialiste en Médecine Générale, Valide pour la date : 27.7.19, Casablanca |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Code du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 12/06/19 | 228,55 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIographies

| 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ostéodensitométrie.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [REDACTED] | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|------------------|-------------|---|----------|----------|---|----------|----------|----------|--|----------|----------|--|----------|---|---|--|---|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED] | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [REDACTED] | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION [REDACTED] | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION [REDACTED] | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | 00000000 | | 00000000 | 35533411 | | 11433553 | B | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED] |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [REDACTED] | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS [REDACTED] | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION [REDACTED] | | | | | | | | | | | | | | | |

Docteur BENHARBIT Rachid

Spécialiste en Dermato - Vénérologie

Titulaire du Certificat d'Etudes
Spéciales

Faculté de Médecine de Strasbourg

Ancien Maître Assistant au CHU
Avicenne - Rabat

الدكتور بن حربيط رشيد
إختصاصي في أمراض الجلد
والشعر والأمراض التناسلية
خريج كلية الطب بستراسبورغ
أستاذ مساعد سابق بكلية الطب
بالرباط

Casablanca, le

٢٦١٩

Myne Tadli Henna



7610

Faciale Sécifique
Maschine

1010

2010



1 app / jour

N° 202.180



21,45 2 Comprese



21,45

37,60 3 Sparadrap



37,60

Dr. BENHARBIT Rachid
Spécialiste en Dermatologie
33, Bd. de Paris - Casablanca
Tél. 22.19.00 - 22.22.19.00

21

92.80

Dermofix Gel



→ appliquer apres bain,
garder 2 minutes puis rincer

2 fois/jourse x 4 Semaine

228155

Dr. BENHARBIT Rachid
Spécialiste en Dermatologie
33, Bd. 8 Mai 16000
Tél. 22 19.40.27.78.69. Casablanca

