

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

Biologie 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.

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 Allai Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allai 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° P19- 0007633

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 501

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

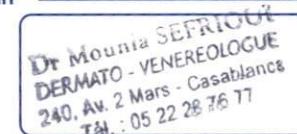
Nom & Prénom : Roudak My Smaïl Date de naissance :

Adresse : 4307. Lot 12 wafa DEROUR.

Tél. : 0668187673 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/6/19

Nom et prénom du malade : BEN MAMOUN

Age : 1968

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Dermatite 14/6/2019

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, confidentiel, confidentiel, 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 : 14/6/19

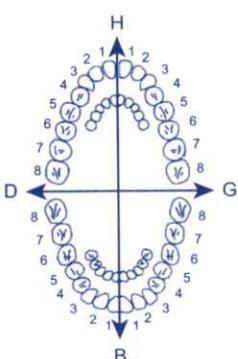
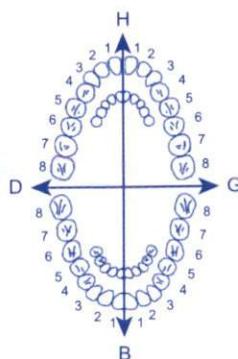
Signature de l'adhérent(e) : 

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX								
				MONTANTS DES SOINS								
				DEBUT D'EXECUTION								
				FIN D'EXECUTION								
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE										
	H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> </table> D <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table> G B		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
			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

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
14/01/09	03		250 Dhs	Dr Mounia STEFENI DERMATO - VENERELOGUE 240, Av. 2 Mars Casablanca Tél.: 05 22 20 677

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14.6.19	107,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUX MATERIAUX MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

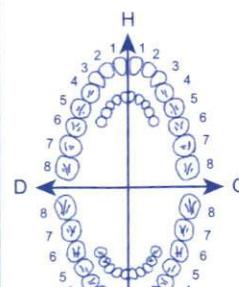
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

The diagram illustrates a dental arch with 16 numbered teeth (1-8 on top, 1-8 on bottom) arranged in a cross-shaped pattern. Point H is at the top center, G is to the right, D is to the left, and B is at the bottom center.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

Docteur Mounia SEFRIoui

DERMATOLOGUE - VENERÉOLOGUE

Spécialiste des Maladies de la Peau
des Ongles et du Cuir Chevelu
Maladies Sexuellement Transmissibles
Cosmétologie - Allergie de la Peau

240, Avenue 2 Mars
1er Etage - Quartier Riad El Ali
Casablanca

Tél.: 05 22 28 76 77
I.C.E. : 002109869000085



الدكتورة مونية الصفريوي

إختصاصية في أمراض الجلد
الأظافر والشعر
الأمراض التناسلية
طب التجميل حساسية الجلد

ط. محج 2 مارس
الطاقة الأول - حي رياض العالي
الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.28.76.77
002109869000085 : ت.م.

Casablanca, le : ١٤/٦/١٩ الدار البيضاء في :

BENDAK

Hakima

105⁰

٢١ Team ep 5mg ١٢٨)

٢٠١١ le pain ٦٠ - ١٢٥

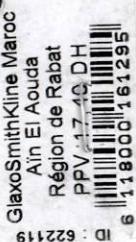
٢٠١١ pain ٢ - ١٢٥

١٣٤^٠

٢١ Demoral séve n° ٢

١٠٧.٩٠

٢١ Jafficotin - ١٢٦



Dr Mounia SEFRIoui
DERMATO - VENEREOLOGUE
240, Av. 2 Mars - Casablanca
Tel. : 05 22 28 76 77