

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.

Médecine 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

- Reclamation : 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 personnelles.

S : 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

97.995

Déclaration de Maladie : N° P19-0021509

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9889

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENAMAR YASSIR

Date de naissance :

29/07/73

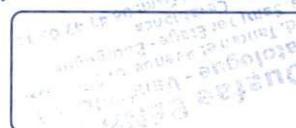
Adresse : RES FATINE ETG2 APT9 RUE AHMED CHACI

Tél. : 06.61.16.90.01

Total des frais engagés : 250 + 821,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



MUPRAS
RECEPTION

Date de consultation : 20 / 01 / 2020

Nom et prénom du malade : BENAMAR YASSINE

Age : 15 Ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dermatite atopique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

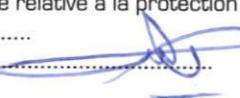
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASA

Le : 20/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :



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
20.10.2020	Co.		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>ORTEGA CASA SRL ne - Casanova 000000018 000000038 02028338 122369259</i>	<i>20.01.2020</i>	<i>821,20 DH</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

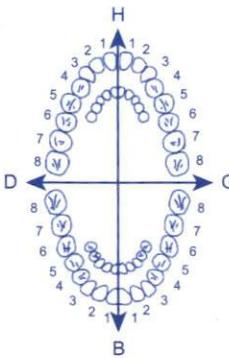
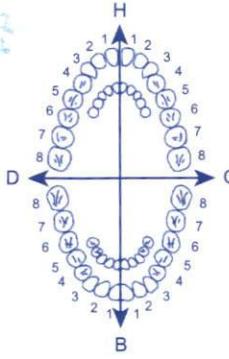
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODT.

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			
	25533412 00000000 D 35533411	21433552 00000000 G 11433553	H B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'E		

Médecine esthétique – Cosmétologie – Lasers

Maladies et chirurgies de la peau, cheveux et ongles

Maladies sexuellement transmissibles – Allergies – Brûlures

Diplôme de dermatologie esthétique, cosmétologie et lasers – Besançon

Diplôme de dermatologie pédiatrique – Montpellier

Diplôme de dermatologie et maladies du système – Paris



طب التجميل والعلاج بالليزر

أمراض و جراحة الجلد و الشعر والاظافر

الامراض المتنقلة جنسياً - الحساسية - الدروق

دبلوم طب التجميل و العلاج بالليزر - بيرزتون

دبلوم الأمراض الجلدية عند الأطفال - مونبولي

دبلوم الأمراض الجلدية والباطنية - باريس

Casablanca le :

الدار البيضاء، في :

20/01/2020

Mr BENAMAR Yassine

LIPIKAR SYNDET

pour la toilette du corps

LIPIKAR BAUME AP+

une application par jour sur le corps

DEXYANE MED CREME REPARATRICE

2 fois par jour sur les leisons

DERMOVAL CREME

le soir sur les leisons, pendant 10 jours

PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE, 04/02/2020

Angle Bd TanTan et avenue Dr Sijilmassi (ex. Bd du phare), résidence Sami,
1er étage, Appt 3 - Bourgogne - Casablanca

Tél: 05 22 36 55 77 / 06 41 47 09 15 - E-mail : drbenhiba@gmail.com

زاوية شارع طانطان و شارع الدكتور سجلمامسي (شارع المنار سابقا)، اقامة سامي، الطابق الاول، شقة 3، بوركون - الدار البيضاء

drbenhiba@gmail.com - 06 41 47 09 15 / 05 22 36 55 77

الهاتف : drbenhiba@gmail.com - البريد الالكتروني : 06 41 47 09 15 / 05 22 36 55 77

ID : 638936
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 17.40 DH

6 118000 161295



ID : 638936
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 17.40 DH

6 118000 161295

