

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

ditions 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.

rmacie :

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.

que :

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

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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



Déclaration de Maladie

N° P19-0041142

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5262 Société : Ram
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☒ Autre : Depart
Nom & Prénom : FASKANI Naima
Date de naissance : 22 Rue CHARAM CHEIKH
Adresse : DALMIER
1/1/1963
Tél. : 06 61 18 90 41 Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/09/2020
Nom et prénom du malade : FASKANI F. CHENADI Naima Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Demande
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 13 NOV. 2020
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 : 04/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Rés. Ilyass, 13 rue Ibn Touboukt

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

RELEVÉ 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
04/03/20	CS		4309,026	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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

Dr. Zineb TERRAB

Dermatologue - Vénérologue
Maladies de la peau,
du cuir chevelu et des ongles
Chirurgie dermatologique

Dépilation et détatouage laser
Traitement des rides et des cicatrices

Diplômée en dermo-cosmétologie,
médecine esthétique et laser
de l'université de Nice



الدكتورة زينب التراب

اختصاصية في الأمراض الجلدية و التناسلية
أمراض الجلد و الشعر و الأظافر | جراحة الجلد

إزالة الشعر و الوشم بالليزر
علاج التجاعيد و الندوب

حاصلة على دبلوم الطب التجميلي
و الليزر من جامعة نيس بفرنسا

04 sept. 2020

Casablanca le : / /

Ordonnance

Mme CHERRADI NAIMA

Laver le visage au Cétaphil: Matin et soir

Rétiâge crème gel: 2 soirs par semaine

* Endocare crème: le soir

Duolys ACE: le matin

* Atrofillin crème: le matin après le Duolys AcE
Skin tech

Actinica lotion solaire: 1 application à 8h, 12h et à 16h

[Handwritten signature in blue ink]

Résidence Iliass, 13 Bd Aïn Taoujtat, N°8, 4^{ème} étage - Bourgogne, Casablanca (en face de la clinique Badr)

إقامة إلياس، 13 شارع عين تاوجطات، رقم 8، الطابق 4 - بوركُون، الدار البيضاء (أمام مصحة بدر)

البريد الإلكتروني : z.terrab@gmail.com - الهاتف : 0522 475247 - الفاكس : 0522 475248 - Fax