

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

## litions 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.

## ialogie 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

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

N° P19-0041142

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

45875

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 52629

Société : Rym

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FASKANI Naima

Date de naissance : 22 Rue CHARAM CHEI KH.

Adresse : DALMIER

1/1/1963

Tél. : 06 61 189041

Total des frais engagés : 3000 Dhs

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/09/2002

Nom et prénom du malade : FASKANI EP CT Ennadi Naima Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Demalie

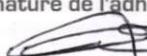
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Agadir

Signature de l'adhérent(e) :



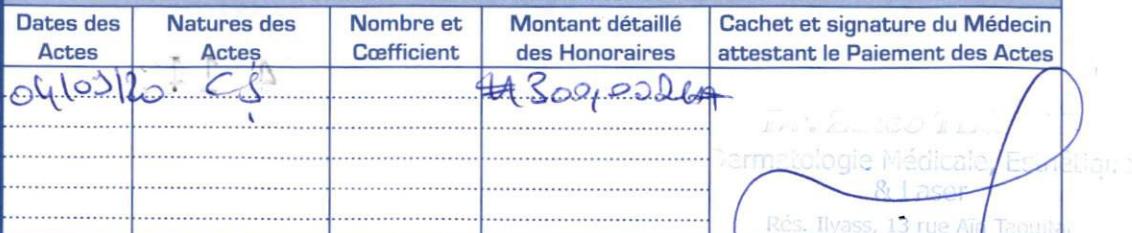
Le : 09/09/2002

dermatologie Médical et

& Laser

Rés. Ilyass, 13 rue Ain Taoufik

## 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
04/10/2012	CS		44309,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

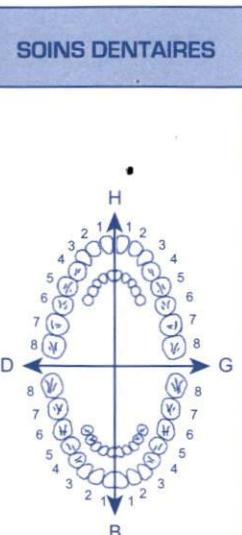
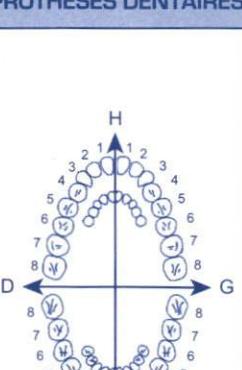
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
00000000	00000000			
35533411	11433553			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
00000000	00000000			
35533411	11433553			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

## Dr. Zineb TERRAB

Dermatologue - Vénéréologue  
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 التنايسية  
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

*Dr. Zineb TERRAB  
Dermatologue  
Casablanca*

Résidence Iliass, 13 Bd Ain Taoujtat, N°8, 4<sup>ème</sup> étage - Bourgogne, Casablanca (en face de la clinique Badr)

إقامة إلیاس، 13 شارع عین تاوجطات، رقم 8، الطابق 4 - بورگون، الدارالبيضاء (أمام مصحة بدرا)

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