

## 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.

### Radiologie 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.

### Rééducation :

- 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

|   |                                       |                                  |                                 |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie         | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)                       |                                       |                                  |                                 |
| Matricole : 12901                                   |                                       |                                  |                                 |
| Société :   |                                       |                                  |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif                      | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| Nom & Prénom : Toun Benchekrane Noura               |                                       |                                  |                                 |
| Date de naissance : 11/01/1990                      |                                       |                                  |                                 |
| Adresse : Habsielle                                 |                                       |                                  |                                 |
| Tél. : 06.61.19.02.26 Total des frais engagés : Dhs |                                       |                                  |                                 |

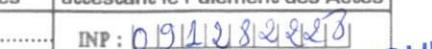
|   |  |  |                                 |
|---|--|--|---------------------------------|
| Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019   | Cadre réservé au Médecin                     |  |                                 |
|   | Cachet du médecin :                          | <br><b>Dr Majdouline KHALLOUKI</b><br><i>Médecine Esthétique</i><br><i>Médecine Anti-Age - Lasers Médicaux</i><br><i>12, Bd de l'Océan Atlantique</i><br><i>Allaâb - Casablanca</i><br><i>Tél : 0668 19 24 34</i> |                                 |
| Date de consultation :  | 17/07  | Age:   | 20                              |
| Nom et prénom du malade :   | Toun Benchekrane                             |  |                                 |
| Lien de parenté :   | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint  | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie :  |  |  |                                 |
| 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 :  
Signature de l'adhérent(e) : R. ACCUEIL



#### **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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 21/07/23        | S                 | 3                     | 300                             | INP : 0912182823<br><br>Dr Majdouline KHALLOUKI<br>Médecine Esthétique<br>Laser Médicaux<br>Médecine Anti-Age<br>17, Bd de l'Occan Atlantique<br>Ain Diab - Casablanca<br>Tel : 0668 19 24 34 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien<br>et du Fournisseur  | Date           | Montant de la Facture |
|--|----------------|-----------------------|
| <i>PHARMACIE LES JARDINS SAU AUREL<br/>ROUTE DE CASABLANCA KM 1<br/>TANZANIA - CASABLANCA<br/>TELEPHONE 05 22 29 04 00</i> | 17-37-<br>2223 | T = 205,13            |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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'ODF.

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées  | Nature des Soins  | Coefficient | INP : <input type="text"/>                      |
|------------------------------|---|---|-------------|---|
|                              |   |   |             |   |
|                              |   |   |             | <input type="text"/><br>MONTANTS DES SOINS      |
|                              |   |   |             | <input type="text"/><br>DEBUT D'EXECUTION       |
|                              |   |   |             | <input type="text"/><br>FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |   |             | <input type="text"/><br>COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                              |   | H<br>25533412   21433552<br>00000000   00000000<br>D<br>00000000   00000000<br>B<br>35533411   11433553 | G           | <input type="text"/><br>MONTANTS DES SOINS      |
|                              | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession |   |             | <input type="text"/><br>DATE DU DEVIS           |
|                              |   |   |             | <input type="text"/><br>DATE DE L'EXECUTION     |



1/ Ketoderm sachet 2%

1 sachet x2 / semaine pdt le 1er mois sur le ventre torse

puis 1 app / semaine pdt 1 mois

puis 1app/15j pdt 1 mois

2/ mycoster 2% Creme

1app x2/j pdt 10 j sur le ventre / torse

3/ Advanced cleanser dermaceutic

se laver le visage avec matin et soir

4/ Proteum serum marti derm

1app le soir sur le visage

5/ Booster VIT C Novexpert

1app le matin sur le visage

6/ Eptaderm VTLG

1app matin et soir sur les taches hypogimentées

HÔPITAL DE JARDINS  
 DE L'OCEAN MARY SAU AU  
 Route d'Assilah Km 15  
 Dar Bouazza Casablanca  
 Tel: 05 22 22 08 29  
 RC 399369 - Tél: 05 22 22 08 29

1 = 225,10

Dr Maldine KHALLOUKI  
 Médecine Esthétique  
 Médecine Anti-Age - Lissers Médicaux  
 17, Bd de l'Océan Atlantique  
 Ain Diab Casablanca  
 Tel: 0668 99 24 34