

## 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

- 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 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-556785

2023

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 6617	Société : Q.A.M.		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENOSMANE AZZEDDINE			
Date de naissance : 17.06.1966			
Adresse : 6, Rue IBN HAJAR App N° 11 AGDAL / RABAT			
Tél. : 06.61.18.66.94 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">              Docteur Mehssine GHFIR            Dermato - Vénéréologue            Angle Av. Ooba, Rue Oum Rabie            Agdal - Rabat            Tél : 05 37 77 00 72 / 05 37 77 00 72         </div>			
Date de consultation : 27/06/2023			
Nom et prénom du malade : BENOSMANE Ghita Age :			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Acné			
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 : R ACCUEIL Le : 01 AOUT 2023

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
27/05/2023	U.S.		300 DH	INP : <u>2023/05/27</u> Docteur <u>Mohamed CHEIR</u> Dermato - Veinologue 2nd Av. Oqba , Rue Oum Kalthoum Agdal , Rabat 05 37 77 00 72 / 05 37 77 00 72

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																					
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																					
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																					
<b>SOINS DENTAIRES</b>		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
<b>O.D.F PROTHESSES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>																			
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">25533412   21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">00000000   00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">35533411   11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2">G</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412   21433552		D		00000000   00000000				35533411   11433553		B		G		
H		25533412   21433552																			
D		00000000   00000000																			
		35533411   11433553																			
B		G																			
					CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																					
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																					

# Docteur Mohssine Ghfir

Ancien spécialiste en Dermatologie à l'Hôpital

Militaire d'instruction Mohamed V de Rabat

Dermatologue - Vénéréologue

( Femmes - Hommes - Enfants )

Spécialiste des maladies de la peau, des cheveux, des ongles

Spécialiste des Infections Sexuellement Transmissibles

Chirurgie dermatologique



# الدكتور محسن غفير

طبيب أخصائي سابق بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط

أخصائي في الأمراض الجلدية و التناسلية

(نساء، رجال، أطفال)

أخصائي في أمراض الجلد و الشعر و الأظافر

أخصائي في الأمراض المتنقلة جنسياً و جراحة الجلد

Rabat, le

27. 06. 2023

الرباط، في

Dr. Ghfir BEN OSMANE

1. Retacryl 0,025

02 fois par semaine

2. Selionex trio

05 fois par semaine

3. capisim PDT

tous les 02 heures si  
exposition solaire

Dr. Mohssine GHFIR

Dermat. - Vénéréologue  
Angle Avenue OQBA et Rue Oum RABIE  
Agdal - Rabat

Tél : 05 37 77 00 72 / 05 37 77 00 72