

## 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'H. Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M23-011968

172552

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

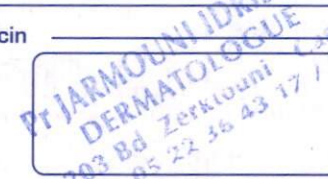
☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4680 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité  
 Nom & Prénom : SKALLI' Housseini - Mohamed  
 Date de naissance : 18-07-1950  
 Adresse : 3, Rue ORAN (Résidence AIDA) ASA  
 Tél. : 06 66 12 08 09 Total des frais engagés : 659,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/08/23  
 Nom et prénom du malade : SKALLI' Housseini Mohamed  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Dermatose  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : .....

Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
22/8/23	G		350	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

22/08/23

309,20

# 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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

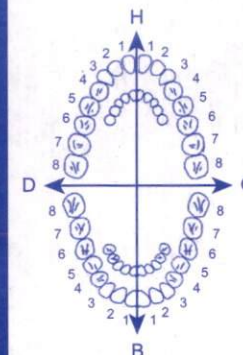
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

# 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

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Professeur R. JARMOUNI IDRISSE

Dermatologie - Vénérologie - Laser - Physiothérapie

الأستاذ رشيد الجرموني الإدريسي

اختصاصي في الأمراض الجلدية و التناسلية



131, Bd Yacoub  
El Mansour  
Casablanca, le  
Tél: 05 22 25 00 74  
05 22 99 39 86

22.8.23

الدار البيضاء، في

226,30

AUGMENTIN 1g sachets

1 Boîte de 12

1 sachet x 2/j

65,10

Ultralevure gélules

1. 0. 1

64,40

Teguma creme 1 Boîte de 30

55,40

de son entre des autres

Surgam 200

24/j

= 309,20

Dr JARMOUNI IDRISSE  
DERMATOLOGUE  
203 Bd. Zerketouni - Casa  
Tél: 05 22 36 43 17 / 27

Sur Rendez-vous

بالموعد

203, Bd. Zerketouni - Résidence Ben Ham - 4<sup>e</sup> étage - Casa - البيضاء - الرابع - إقامة بن حام الطابق الرابع

Tél.: 05 22 36 43 17 / 27 : الهاتف : 05 22 36 43 68 : الفاكس

GSM : 06 48 42 22 62 - E-mail : cabinetdermatologie.jr@gmail.com

06 76 90 94 56

مجموع

الاصول

EXP. :  
صلاح لياقية:

1176 12 2022 2  
BIOCODEX MAROC PPV 65 10 DH

12 2025

LOT: 230192  
PER: 02-2025  
PPV: 62.40DH

LOT: 230192  
PER: 12 2025  
SURGAN 200MG  
CP SEC 820  
P.P.V: 55DH40

