

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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 Ajjal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Ajjal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M22- 0015717

Optique 172784  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 0811 Société : Mupras RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : retraite

Nom & Prénom : Said B. Ali Yacalle

Date de naissance : 14.10.1936

Adresse : Rue Fai N°3. Vaugliseef Coesa

Tél. 0661141215 Total des frais engagés ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : Béchir YAALA Sadi Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Dermatolog

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 : Casab le 15-8-2023 Le : 19-8-

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
31.07.23	G		350,00	Pr JANNIN DERMATOLOGISTE 203 Bd. Zermatt tél: 05 22 36 43 11

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Sofia NAJME</b> Sofia 2, Rue Hassane, N Hay El Hana - Casablanca Tel: 0522 95 15 37	31/07/23	396.50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

D

00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 15x15 grid of numbered circles. The numbers range from 1 to 8, with some circles containing multiple numbers. Arrows point from each circle to its neighbors, indicating movement paths. The grid is bounded by axes labeled D (left), G (right), H (top), and B (bottom).

### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur R.JARMOUNI IDRISI

Dermatologie -Vénérologie - Laser - Puvathérapie

الأستاذ رشيد الجرموني الإدريسي

اختصاصي في الامراض الجلدية و التناسلية

M<sup>me</sup> BENAOUI YAALA Saad

Casablanca, le ..... 31.07.23..... الدار البيضاء، في



391.00 LOCERYL cream  
X

35.00 X Vaseline Nalydep 5%  
ml / Semaine x 3 mois



le sur sur le double

40.50

ELLIANT hydrogel

LOT: 0083  
EXP: DEC 2024  
PPV: 40,50 DH

ml / x 05 جم

ml / x 05 جم



396.50 1 جم 2 x 05 جم

PHARMACIE DAR NAJME

Sofia NAJME  
Lot. Sofia 2, Rue Hassane, N° 7  
Hay El Hana - Casablanca  
Tél : 0522 95 15 37

صيدلية دار نجمة  
PHARMACIE DAR NAJME  
NAJME Sofia  
Doctor en Pharmacie

Sofia 2 Rue Hassane N° 7 - Hay El Hana - Casablanca - Tel : 0522 95 15 37  
Vaseline 5%

بالموا

Sur Rendez-vous

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

الفاكس : 05 22 36 43 17 / 27 - الهاتف : Fax : 05 22 36 43 68

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

06 76 90 945