

## 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.

Nº W19-440705

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **12291**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BOUKDOUR AMINE**

Date de naissance : **10-03-1981**

Adresse : **RAM SIEGE**

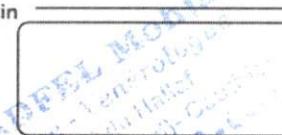
Tél. : **0672667586**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

**Ali BOUKDOUR**

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Leimtige**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

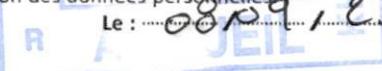
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :

Le : **08/09/2023**



VOLET ADHÉRENT

#### **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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 2023            | C3                |                       | 3000<br>DRG                     | INP : <input type="text"/> DR. OUADIE  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| <b>Pharmacie KHEOPS SARL AU</b><br><b>AZIZ DAHLOU</b><br><b>Docteur en Pharmacie</b><br><b>Rue Ibnou Yassia Irani Madni - Casablanca</b><br><b>0522 94 97 25 - Fax: 0522 95 00</b> | 28/09/2023 | 806.20                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MÉDICAUX

#### VIOLET ADHERENT

#### **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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
|                      | H                    |
| 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 |
| 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433552 |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

|                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| <b>COEFFICIENT<br/>DES TRAVAUX</b> | <input type="text"/> |
| <b>MONTANTS<br/>DES SOINS</b>      | <input type="text"/> |
| <b>DATE DU<br/>DEVIS</b>           | <input type="text"/> |
| <b>DATE DE<br/>L'EXECUTION</b>     | <input type="text"/> |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Spécialiste**

- Maladies de la peau et cuir chevelu
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Médecine Esthétique - Cosmétologie



الاختصاصية في

- أمراض الجلد والشعر
- الأمراض التناولية
- الطب التجديدي

**INPE : 092036649**  
Pharmacie KITEOPS SARL  
AZIZ LAHLOU AU  
Docteur en Pharmacie  
9, Rue Idriss Yacine Maâdi - Casablanca  
Tél. 0522 81 20 20 - Fax. 0522 83 29 21

الدكتورة وادفل مهجة

Docteur Ouadfel Mohja

DERMATOLOGUE VENEROLOGUE

Ali BOUKOUD

08 SEPT 2023

Casablanca, le .....

1) Huile lavante Lemonde  
284,-

Usage (Toilette usage corps)  
352,-

2) Baume Spray Apurador

Mayonnaise en p

dr lard G corps  
14,-

3) Desinfecteur avec hexamedine  
translucide



قارورة 60 مل

اكزو ميدين®

عابر للجلد  
اكزميدين 14,00

sur rendez vous  
1, rue Abou Adil Hallaf  
(ex rue Edmond Rostand)  
Quartier Gautier - Casablanca

Tél.: (0522) 20 91 17 / 27 17 68 / 27 83 57

فوسيدين %20  
كريم أنبوب من 15 غ

4) Frutine Cénele 2%

39,40

39,20

Taffla sir (Doulous)

163,-

Usofe

PUIG - London WC1B 5EH

3 661434 004735

CinestN Bainederm

1 Jérh

Nystatin 10ml

1 Jérh

X  
2 mois

Dr. OMAR LAHLOU  
Dermatologue - Chirurgien  
Ecole Nationale de Médecine  
Tunisie - Tunis - 1007  
Tél: 092036649

Pharmacie KHÉOPS SARL AU  
Aziz LAHLOU  
Dermatologue Pharmacie  
9, Rue Benou Yakkha Ksar Madni, Casa  
Tél: 0922 818720 - Fax: 0922 818721  
INPE: 092036649

806,20