

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2280 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHOUKRY REDOUANE

Date de naissance :

11/04/2023

Adresse :

Tél. : 06 77 94 56 63 Total des frais engagés : 11.02,60 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

04/11/2023

Age :

Nom et prénom du malade : CHOUKRY ANAS

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD Pathologie : DERMATOSE

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 : Berrechid Le : 09/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Choukry Anas

S

## **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
01/01/2010	CS	100 x 32	3200	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<del>HOTEL DE LA PAIX HOTEL DE LA PAIX CASA MARE JC A 001 CASA MARIA - BERRICHON 328 328 328 328</del>	04/11/23	942,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

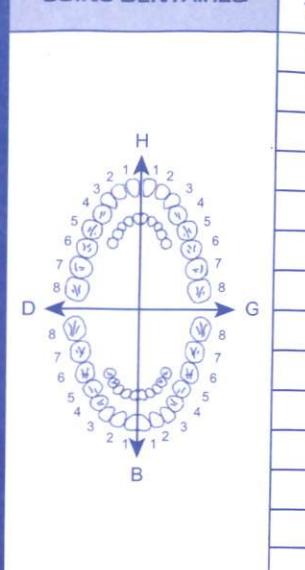
Le praticien est prié de préciser

### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies



#### SOINS DENTAIRES



**EPIDUO GEL**  
**Tube de 30 g**  
**PPV: 146,60 DH**  
  
**AMM N°02 / 14 DMP / 21 / NRQ**  
**Distribué par SOTHEMA**  
**B.P. N°1,27182-Bouskoura**

O.D.F  
PROTHESES DENTAIBLES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

NORAIRES

indiquant la nature des soins

ement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODE.

CCEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

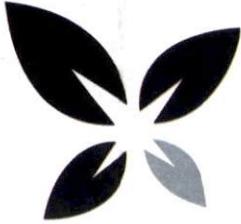
DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

**Dr. Samira SABER**

## **Dermatologue - Vénéréologue**

**Ancienne Interne du CHU Ibn Rochd  
Diplômée en Médecine Esthétique et Lasers  
de l'Université de Besançon, France**  
**Maladies de la peau, Cuir Chevelu, Ongles,  
Allergies, Chirurgie Dermatologique,  
Médecine Esthétique, Lasers**



الدكتورة سميرة صابر

## ال اختصاصية في الأمراض الجلدية و التنازلية

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى ابن رشد  
حاملة شهادة طب التجميل والليزر من جامعة برسون  
فرنسا  
أمراض الجلد، الشعر والأظافر - الحساسية - جراحة ا  
طب التجميل - الليزر

Le : 04/11/2022

Chukney An/Als

Rewritten

**3, Bd Mohamed V, Hay Azzahra, 2ème étage (près de la mosquée Azzahra), Berrechid**

**٣- رع محمد الخامس حي الزهراء الطا** **الثاني** ، قرب مسجد الزهراء - برشيد

E-mail : saberdermato@gmail.com - Tél./Fax : 05 22 32 44 77