

## 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.

Nº W21-817627

189610

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>              | <input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>     | <input type="checkbox"/> <b>Optique</b> |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)                       |  |   |
| Matricule : <b>9072</b>                              | Société : <b>lam.</b>                        |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Actif</b>                | <input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b> | <input type="checkbox"/> <b>Autre :</b> |
| Nom & Prénom : <b>Karim MOHAMMED</b>                 |  |   |
| Date de naissance : <b>31-1-1966</b>                 |  |   |
| Adresse : <b>SALMIA 3 Rue 32 IM 22 22 Casablanca</b> |  |   |
| Tél. : <b>0666255805</b>                             | Total des frais engagés : ..... Dhs          |   |

**Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019**

|  |  |
|--|--|
| Cadre réservé au Médecin   | Cachet du médecin :  |
| <br><b>Dr. SALMI Soltia</b><br>Gynécologue - Obstétricienne<br>Immeuble Renault Angle Rue Soumaya<br>et Bd Abdellah Ben Casablanca<br>Tel. : 05 22 25 32 / 05 22 25 22 30 |  |
| Date de consultation : <b>10-01-2024</b>   | Age: .....<br><br><b>40 ans</b>  |
| Nom et prénom du malade : <b>Affection gynécologique</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Lui-même</b> <input type="checkbox"/> <b>Conjoint</b> <input type="checkbox"/> <b>Enfant</b> |
| Lien de parenté : <b>Amie</b>  |  |
| Nature de la maladie : <b>Affection gynécologique</b>  |  |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances :<br><br>Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ce renseignement dans un 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 : .....  
  
**10 Jan 2024**

Signature de l'adhérent(e) : 



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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 2021            |                   | 5                     | 3000.00                         | INP : Dr. SALMI 29/01/2021<br>Synéatalogie Génétique<br>Le circuit Anaf. Région Centre<br>63 32 152 25 21 |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 04/04/24 | 148,40 Dhs            |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Nom et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|------|------------------------------|------------------------|
| 3  |      |                              |                        |
|  |      |                              |                        |
|  |      |                              |                        |
|  |      |                              |                        |
|  |      |                              |                        |

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

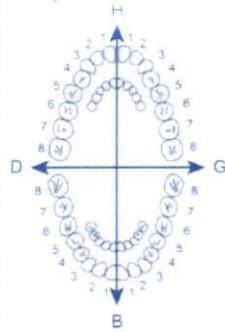
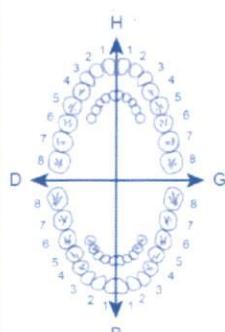
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

## **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 | INP : <input type="text"/>                   |
|--|---|---|-------------|--|
|   |   |   |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  |   |   |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|  |   |   |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |
|  |   |   |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |   |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | H<br>25533412<br>00000000<br>D<br>00000000<br>35533411  | G<br>21433552<br>00000000<br>00000000<br>11433553 | B           | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |   |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |
|  |   |   |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |

# Dr. SALMI Sofia

Gynécologue - Accoucheur

Chirurgie Gynécologique - Stérilité

Ex Médecin à l'Hôpital NECKER - Paris, et IBN ROCHD

Diplômée en Echographie de Paris Descartes

Diplômée en Gynécologie de l'Infertilité - AMP de Paris Descartes



## الدكتورة سلمي صوفيا

اختصاصية في أمراض وجرأة النساء  
والولادة والعمق

طبيبة سابقة بمستشفى نيكر باريس و ابن رشد  
حائزة على دبلوم الفحص بالصدى بباريس  
حائزة على دبلوم في علاج العقم بباريس

Casablanca, le 04/01/2023 الدار البيضاء، في

