

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-527854

37354

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 28577	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : TAATIA HABIBA			
Date de naissance : 07/07/1970			
Adresse : 157 Rue SANAA TISSIR I Benedich			
Tél. : 06-79-76-79-79 Total des frais engagés : 100 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Samira SABER Vénérologue V. Hay Azzahr Berrehid 27/09/2020			
Date de consultation : 27/09/2020			
Nom et prénom du malade : TAATIA HABIBA Age:			
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Lien de parenté : DEZMATOSE			
Nature de la maladie :			
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 : Berrehid  
 Signature de l'adhérent(e) :  
 Le : 27/09/2020

#### **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
12/08/2020 C.S.			250.55714	INP : <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dr. <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> matologue <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dr. Mohamed Y. H. A. étagé : 05/07 X : 05/07

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
6	12/02/2020	251,35

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table>			H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		<hr/>			00000000	00000000		35533411	11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H		G																				
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
<hr/>																						
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

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

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتتناسلية

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى ابن رشد

حاملة شهادة طب التجميل والليزر من جامعة برسون فرنسا

أمراض الجلد، الشعر والأظافر - الحساسية - جراحة الجلد

طب التجميل - الليزر

PHARMACIE ARAFAT  
Dr. ASMOUN Samir  
Docteur en Pharmacie  
12, Rue ASSALAM Hay Al Houda  
BERRECHID  
Tél : 05.22.32.84.94

Le 27/02/2020.

TAHAR HABIBA.

(1)

Creme Defi tolérance extrême J'Aien  
10 ml + 8 ml.

(2)

Toleriane ultra crème  
10 ml + 8 ml.

Eucer step mil 50

FLAGYL 250 MG  
CP PEL B20  
P.P.V : 25DH10  
6 1180000660079

3x 251,10

FLAGYL 250 MG  
CP PEL B20  
P.P.V : 25DH10

6 1180000660079

Flagyl 250 - 54

149 149 | 149 x 10  
T, 75,30

Rm 3155

PHARMACIE ARAFAT  
Dr. ASMOUN Samir  
Docteur en Pharmacie  
12, Rue ASSALAM Hay Al Houda  
BERRECHID 94.04

Dr. Samira SABER  
Dermatologue - Vénérologue  
3, Bd Mohamed V, Hay Azzahra  
2ème étage, Berrechid  
Tél/Fax : 05.22.32.44.77

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

شارع محمد الخامس، حي الزهراء، الطابق الثاني، (قرب مسجد الزهراء) - برشيد

E-mail : saberdermato@gmail.com - Tél / Fax : 05.22.32.44.77