

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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

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

Nº P19- 0045373

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 55.82

Société : 38 UU9

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL OUARDI MOHAMED

Date de naissance : 30.01.1956

Adresse : LOT HAJ FATH N° 690 OULFA CASA

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27.08.2020

Nom et prénom du malade : All Beni J ST Samina Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Dermatologique

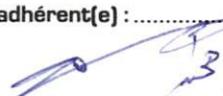
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

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
27/08/2015			250,00 DHS	Dr. Elmane Tchazouine Dermatologue - Vénéréologue جراح العيون والأنف والأذن والجلد و العصبية 344, Bd. Soud Daoura 1er Etage Lot. Hadj Paï Casablanca - Tel : 0522 90 54 6

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/08/20	386,40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :**

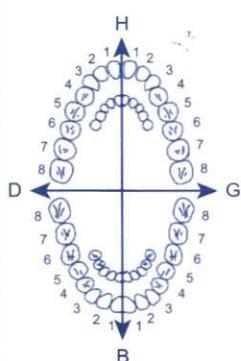
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة إيمان تيغزوين

Docteur Imane TIRHAZOUINE

Dermatologie - Vénérérologie

Allergologie

Chirurgie de la Peau et des Ongles

Dermatologie Esthétique

Laser



اختصاصية  
في أمراض الجلد و الشعر والأظافر  
الأمراض التناسلية حساسية الجلد  
جراحة الجلد و الأظافر  
الطب التجميلي الليزر

Casablanca, le : ..... الدار البيضاء، في : ..... 27/05/2020

## Ordonnance



120,40

1). Clavulin sachet ly

AM71 0223  
LOT 98,00  
Prix 98.00



18 x 21g

8,5

98,00

2). Alastérol solution

Tailler quotidien des pieds  
Rincer bien secher



86,70

86,70

3). Denfix solution

Appliquer matin sur le tissu



66,80

PPV: 66,80 DH

4). Hammamja crème

Appliquer le soir sur le tissu



141,50

141,50

5). Ahol gel

315 ml diluer



386,40

344, شارع واد الدورة، الطابق الأول، الحاج فاتح الألفة - الدار البيضاء

344, Bd. Oued Daoura, 1<sup>er</sup> Etage - Lot. Haj Fateh - Oulfa - Casablanca

Tél. : 05 22 90 54 63 - GSM : 06 02 07 32 32 - E-mail : imane\_tr@hotmail.com

Dr. TIRHAZOUINE  
Dermatologue Vénérologue  
344, Bd. Oued Daoura, 1<sup>er</sup> Etage - Lot. Haj Fateh - Oulfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 90 54 63 - GSM : 06 02 07 32 32 - E-mail : imane\_tr@hotmail.com

POV / Andi / Andra