

# 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

NPD  
14590

## Déclaration de Maladie : N° P19-0005424

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14590 Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bel Abbès Khale Date de naissance : 1951

Adresse : 635 Rue Garemina appt 9 Casa

Tél. : 0662 62 02 29 Total des frais engagés : 301,60 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 97/11/2019

Nom et prénom du malade : Khalid Ben Fatima Age : 50

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : initiation gynéco + minâne

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 : Exxa

Le : 27/11/2019

Signature de l'adhérent(e) : (Signature)



#### **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
24.11.19	(A)		352000	 Dr. N. SEDRAI Gynécologie Chirurgie Esthétique Medecine Esthetique et Bo. Zirage Angiologie Aesthetic 22-27 76 81 Casablanca 16-22 09 08 32

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie</b> Avenue 2012 BP 1022 49211 Bourdeaux - Casablanca Tél : 0522 49 21 71 / 72 - Fax : 0522 49 21 71	27/11/2019	451,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

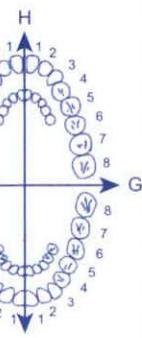
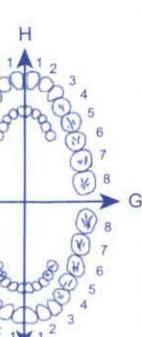
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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'ODT.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. NAÏMA SEDRATI  
GYNÉCO-ESTHETIQUE

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS  
DIPLOME DE L'UNIVERSITE PARIS V-VI DE  
GYNECOLOGIE CHIRURGICAL ET OBSTETRIQUE

GYNECOLOGIE ESTHETIQUE  
MEDECINE ESTHETIQUE



الدار البيضاء - Casablanca le 27.11.19

الدكتورة نعيمة الصراتي  
طبيبة داخلية سارقا بالمستشفيات بباريز  
بللوم كلية باريز 6-5  
اختصاصية في أمراض النساء والتوليد  
طب التجميل النسائي

69,90 x 1

gynoflor gelle vaginale

1 ml x 10 flacons

33,80 x 2.

63,60 x 4

colpotroponi de

1 ml x 2 flacons

49,70 x 1

Saforelle pro - ade

1 application x 21



651,60

dr.nsedrati

12, Angle rue Taounate et boulevard Ziraoui - 2ème étage

Tél. +212 5 22 26 20 01 / +212 5 22 27 76 61 - Gsm. +212 6 22

EN CAS D'URGENCE: CLINIQUE LES IRIS - N°13, Place Nid d'Iris - Q

N. K. H. M. I. S. I. P.

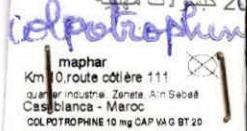
B.E.A.R.S. Fatima

Ordonnance



6 118001 180691

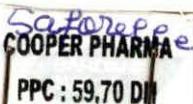
كيلو 20



6 118001 180707



6 118001 180707



6 118001 180691



6 118001 180707

anca mail.com

22 39 25 30