

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

N° W19-511827

r/ D= 16573

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **0393**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**LAMBARKI Mohammed**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



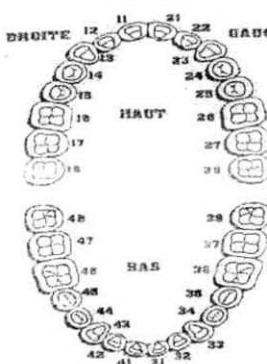
14 JAN. 2020

ACCUEUILLÉ

DATE DE DÉPÔT

13/12/2019

## SOINS DENTAIRES



Dents Traitées      Nature des soins      Coefficient

## Coefficient des

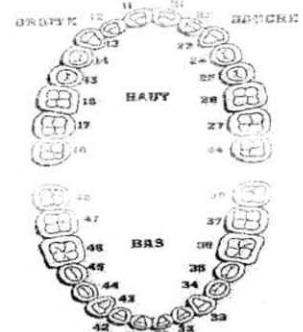
## Montant des soins

## Début d'exécution

## Fin d'exécution

## Coefficient des travaux

## Détermination du coefficient masticatoire

O.D.F.  
Prothèses dentaires

H	35533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(Création, Remont, adjonction)

Procédure thérapeutique nécessaire à la prothèse

Signature et cachet du praticien  
attestant le devis

Vise et cachet du praticien  
attestant l'exécution

## FOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N° W18-367810

Date de Dépôt Montant encaissé Nbre de pièces jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois  
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 0393

Nom &amp; Prénom LAMBARINI MOHAMED

Fonction : Représentant Phones.

Mail

MEDICIN Prénom du patient LAMBARINI Mohamed

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age 80 ans Date 13 DEC 2019

Nature de la maladie Dentiste

Signature de l'adhérent

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
5		200 DH

PHARMACIE Date 13/12/19  
Montant de la facture 233,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

AM	PC	IM	IV	Nombre	Montant détaillé des Honoraires

# Docteur Ali HOMRI

Maladie de la peau, du Cuir Chevelu, de l'Ongle et des Maladies sexuellement Transmissibles

Chirurgie Dermatologique

Laser Dermatologique

Ancien Médecin-Chef du Service Dermatologie

Hôpital HASSAN II

الدكتور حمري على

اختصاصي في أمراض الجلد والشعر والأظافر  
والأمراض التناسلية  
الجراحة الجلدية  
العلاج بالليزر  
رئيس سابق لمصلحة الجلد بمستشفى  
الحسن الثاني أڭادير

13 DEC 2019

CAMBA RICI Mohamed

MYCOSTER 1%  
CREME T30G  
PER. 04/2022  
P.P.V : 46DH20



6 118000 011118

O

(1) CLAVUL 2g

Mandel N°1, N°2



PCB10

صيدلية المتنزه  
FARMACIE AL MANZAH

N°1, 25

my wonder cream  
ycl 23 my pen  
in my wonder cream



39.70

105.28.82.19.82 - GSM. 06.72.04.73.73

FARMACIE AL MANZAH

Av. des FAR Talborit - AGADIR

Tel. 05.28.82.19.82 - GSM. 06.72.04.73.73

فلاحي

Rea

AL HOMRI  
Rendez-vous le : .....

MANZAH  
LAGHRABLI  
AGADIR