

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Declaration de Maladie

N° W19-514765

### 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 canaux, 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 canaux.

### 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.

Maladie  Dentaire  Optique  A

Cadre réservé à l'adhérent (e) **17636**

Matricule : **2025**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**LAHCHA Bella**

Date de naissance :

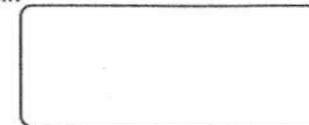
Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

**AGHRAI Aicha**

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### 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.



## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
23 DEC. 2019	CS		200 DH	<b>Dr. FELLAH A.</b> Dermatologue-Vénérologue 5 B. Mokhtar El Garnjour Sidi Bernoussi Casablanca Tel: 05 22 755 843

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE MOUBARAKA BOUGHOU Wafa</b> Docteur en Pharmacie 6 Bloc 1 Hay Moubaraka-Bernoussi Tel.: 05 22 76 6 41-CASABLANCA	23/12/19	180,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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	COEFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFICIENT DES TRAVAUX																					
	<table border="0"> <tr> <td> </td> <td>H</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td> </td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td> </td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td> </td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td> </td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td> </td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td> </td> <td>B</td> <td> </td> </tr> </table>		H		25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553		B		<input type="text"/>
		H																					
	25533412		21433552																				
	00000000		00000000																				
	D		G																				
	00000000		00000000																				
	35533411		11433553																				
		B																					
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	<input type="text"/>																				
			<input type="text"/>																				
		<input type="text"/>																					
		<input type="text"/>																					
		<input type="text"/>																					
		<input type="text"/>																					
		<input type="text"/>																					
		<input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur FELLAHI ALI

SPECIALISTE

Dermatologie - Vénérologie

Dermato - Allergologie

Chirurgie Dermatologique

Dermatologie Esthétique

LASER

Tél.: 0522 75 58 43

الدكتور الفلاحي علي

اختصاصي في الأمراض الجلدية

والتناسلية - الحساسية

جراحة الجلد

علم التجميل والليزر

الهاتف : 0522 75 58 43

Casablanca, le 23 DEC. 2019

PHARMACIE MOUBARAKA  
BOUGHOU Wafaa  
Docteur en Pharmacie  
6 Bloc 1 Hay Moubaraka-Bernoussi  
Tél.: 05 22 76 76 41-CASABLANCA

AGHRAI Aïcha

✓ Eptapov veunis 1000 / ml sur 4  
npl de main

✓ Onyxine veunis 1000 / ml sur 4  
npl de main

130,00

✓ 130,00  
2/4 Mystelle 110 mg (boîte de 75)  
lep) sur main plk France



شارع مختار بن احمد القرناوي، مجموعة 115، رقم 5، القدس، سيدي البرنوصي، الدار البيضاء (أمام مسجد القدس)

N° 5 Bd Mokhtar Ben Ahmed El Guernaoui, Al Qods Sidi Bernoussi, Casablanca

Tél.: 0522 75 58 43 : الهاتف - E-mail : afellahi@gmail.com : البريد الإلكتروني