

# 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.

## Éducation :

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.

## Déclaration de 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 caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage 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



N° 21588 CN

## Déclaration de Maladie : N° S19-0003519

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7708 Société : RAN

#### Actif

#### Pensionné(e)

#### Autre :

Nom & Prénom : ALAMI Abdelkhalil Date de naissance : 18/06/64

Adresse : 65 B1 Noubay Idiss 1<sup>er</sup>

Tél. : 0661238690 Total des frais engagés : Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

#### Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/01/2020

Nom et prénom du malade : ALAMI Hiba Age :

#### Lien de parenté :

#### Lui-même

#### Conjoint

#### Enfant

Nature de la maladie : Plante Traumatique

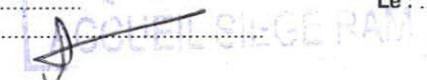
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 05/01 Le : 31/01/2020

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
31.01.2020	er		250.00	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/01/20	492.45

#### **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

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																		
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-----			B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H	25533412	21433552																
		D	00000000	00000000																
		-----																		
		B	35533411	11433553																
G																				
				MONTANTS DES SOINS																
				DATE DU DEVIS																
				DATE DE L'EXECUTION																

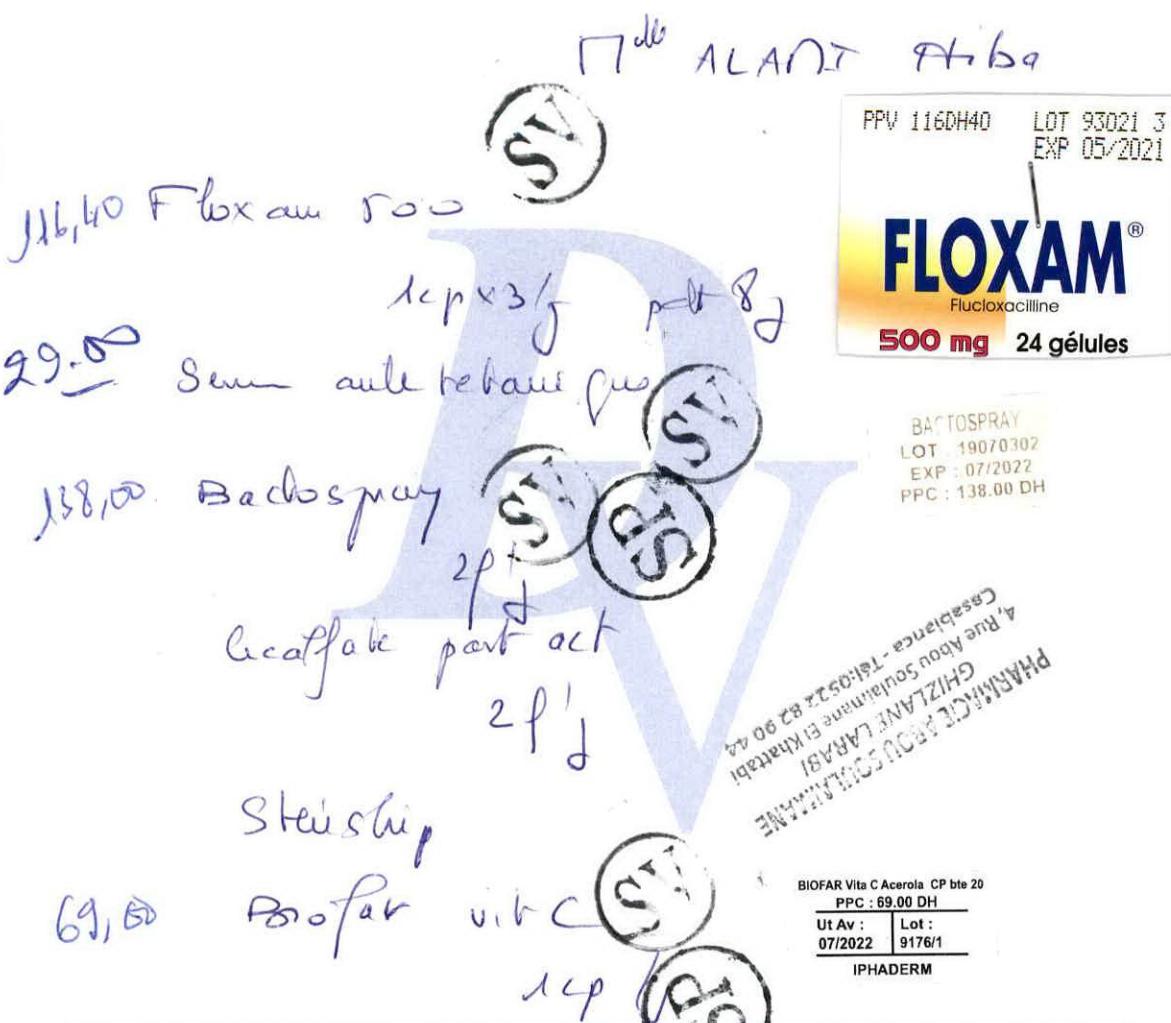
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

**Docteur Malika AJBABDI**  
**DERMATOLOGUE VENEREOLOGUE**  
**Spécialiste des Maladies de Peau**  
**des Ongles du Cuir Chevelu**  
**Maladies Sexuellement Transmissibles**  
**Cosmétologie**

الدكتورة مليكة أجبابدي  
 اختصاصية في الأمراض الجلدية  
 الجلد والأظافر  
 الشعر والأمراض التناسلية  
 الطب التجميلي

Casablanca, le : ٣٧.١.٢٠



122، إقامة نصر الله - شارع 2 مارس زاوية مولاي ادريس الأول - الطابق الثاني - الدار البيضاء أنفا - الهاتف : 05 22 86 17 03  
 122, Résidence Nasr Allah - Avenue 2 Mars - Angle Bd. Moulay Idriss 1<sup>er</sup> 2éme étage - Casa Anfa - Tél. : 05 22 86 17 03

Rebo "ca"

140,00

141



peau sèche

Sécher

Facile

4792-45

PHARMACEUTIQUE  
GÉNÉRALE  
MARRAKESH  
Rue Hassan II - BP 22 - Casablanca  
44  
Ces délivrances - 140,00 - 141

066107 3698

Dr. Malika AJBAEDI  
DERMATO-VENEREOLOGUE  
122, Avenue 2 Mars  
Angle Bd. Moutay Yousfi 1er  
CASA - Tel.: 0522 86 17 03

NOVOPHARMA  
UT.AV P.P.V  
140,00