

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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](http://www.mupras.com)

ND 28/168

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0019919

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09394

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Ben Addou Youness

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

H. BENCHIKHI

Dermatologie - Vénérologie

Angle Bd. 2 Mars et Rue Amsterdam

Casablanca - Tél. : +212 22 85 00 00

Cachet du médecin :

Date de consultation :

18/05/2020

Nom et prénom du malade :

BEN ADDOU YOUSSEF HMEZOUB

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dermose

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) :

Le : 18/05/2020

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0019919

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

# 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
18/05/20	Acte			Dr. H. BENCHIKH Dermatologie - Vénérologie Angle Bd. 2 <sup>e</sup> Mars et Rue Amsterdan Casablanca - Tel.: +212 05 22 95 00 00

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Lahjajma ZEMMAMA Nadia Avenue du Phare - Résidence Taghazout Casablanca - Tel. 05 22 29 35 64	18.05.2020	180.80

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		18.05.2020	180.80

## 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.

# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A horizontal arrow labeled 'D' to 'G' passes through the arches. A vertical arrow labeled 'H' points upwards from the upper arch, and 'B' points				

Pr. H. BENCHIKHI

Dermatologie - Vénérologie

Ex Chef de service au CHU Ibn Rochd

Ex Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

أستاذة حكيمة بنشيخسي

الأمراض الجلدية و التناسلية

رئيسة سابقة لقسم أمراض الجلد مستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le 18.05.2020.....

**Mme BEN ADDOU IDRISI Fatim Zahra**

**1 JOWAE FLUIDE MATIFIANT EQUILIBRANT**

A appliquer le matin sur le visage

**2 JOWAE GEL PURIFIANT 200 ML**

Pour la toilette du visage

S.V.

MYCOSTER 1%  
CREME T30G  
P.P.V : 45DH20

6 118000 011118

MYCOSTER 1%  
CREME T30G  
P.P.V : 45DH20

6 118000 011118

MYCOSTER 1%  
CREME T30G  
P.P.V : 45DH20

6 118000 011118

MYCOSTER 1%  
CREME T30G  
P.P.V : 45DH20

6 118000 011118

**Spécialités**

Dermato-Allergologie  
Maladies Vénériennes  
Dermatologie esthétique  
Laser cutané

**Cabinet privé**

Résidence Amsterdam  
Angle Bd 2 Mars et Rue Amsterdam  
Casablanca (au-dessus de Mc Donald's)  
05 22 85 00 00 / 05 22 80 02 02  
I.C.E.: 001809642000021 - INPE : 091028167

ميكوستير® 1%

سيكلوبيرون كسولامين  
مرهم

30 غ

أنبوب

ميكوستير® 1%

سيكلوبيرون كسولامين  
مرهم

30 غ

أنبوب

ميكوستير® 1%

سيكلوبيرون كسولامين  
مرهم

30 غ

أنبوب

ميكوستير® 1%

سيكلوبيرون كسولامين  
مرهم

30 غ

أنبوب