

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0033847

MUPRAS

RECEPTION 9

Autres

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2994 Société : 55846

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAHYD Aicha

Date de naissance : 01-01-1947

Adresse : N° 74 rue chef Tenzif Hayel mouloud

Nauvessou

Tél : 0668503700 Total des frais engagés : 703,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Smail MALKI  
Médecin général  
Lot Chabab 1, N° 102-Deroua  
TL: 05.22.03.45.20

Date de consultation : 04 / 01 / 2021

Nom et prénom du malade : Aicha Chahyad Age : 73

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : pharyngite aiguë

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 : Deroua Le : 14 / 1 / 2021


Signature de l'adhérent(e) :

*(Signature)*

# RELEVÉ 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
04/01	CS	15	15	
04/01				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/01/21	553,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

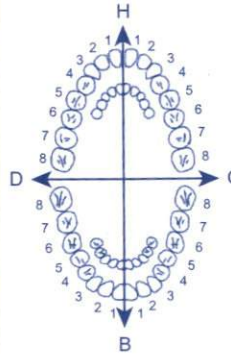
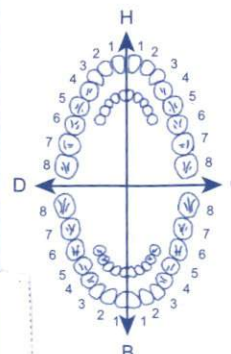
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

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 border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														

ISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr.Smail MALKI

## Médecin général

Lauréat de la faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca.  
Ancien Médecin interne à l'hôpital  
Périphérique de Berrchid.



# الدكتور إسماعيل المالكي

## طبيب عام

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
طبيب داخلي سابق بالمستشفى الإقليمي  
ببرشيد

## ORDONNANCE

DEROUA, le : 04.01.2021

17<sup>m</sup> Aiche c h p

58,40

"

Effipred 20

3 - 0 - 0

55,00

21

21

2x 150,00

140,00

au

553,40

PHARMACIE DEROUA  
EL HAÏK FOUAD  
PHARMACIEN  
Ab. Centre Commercial Derooua

mylofe

3 - 0 - 0

Celebrex 200 mg

1 - 0 - 0

ole

EFFIPRED® 20 mg

PPV 580H40  
EXP 06/2023  
LOT 04018 1

55,00

CELEBREX 200 M

Boîte de 20 gélul

Lot: 1800/5

Date Fab: 08/2019 Date Ex

ppv : 150,00 D

Boîte de 20 gélul

Lot: 1800/10

Date Fab: 08/2019 Date Ex

PPV : 150,00 D

LOT: 200713

PER: 01/202

PPV: 140,00

Dr.Smail MALKI  
Médecin général  
Lot Chabab 1, N°102 - Derooua  
Tél: 05.22.03.43.28

كيس 200