

# 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

- 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.

Dos n° 63415 N° W19-575647

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>24516</b>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	<b>RETRAITÉ</b>
Nom & Prénom : <b>Touimi BENJELLOUN ABDENNACER</b>			
Date de naissance : <b>16-12-1960</b>			
Adresse : <b>Lot Benyouna n° 67 sidi mohrouf CASA</b>			
Tél. : <b>06 61 17 26 10</b>	Total des frais engagés : <b>253,70</b> Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
<b>Dr. M. EL KASSOUANI</b> <b>DERMATOLOGUE</b> <b>angle Bd. AL QODS-Route 1021</b> <b>Sidi Maârouf-CASABLANCA</b> <b>Tél: 05.22.97.55.14</b>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>09/3/2021</b>			
Nom et prénom du malade : <b>Touimi BENJELLOUN ABDENNACER</b>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Affekt der Haut</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli fermé 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 : **CASA**

Le : **18/03/2021**

Signature de l'adhérent(e) : 

**ACCUEIL**

## 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
09/13/21	Ch	Ca	3000,- Dh	INP : 1091054866 M. MEL KASSOUAN DERMATOLOGUE Bd AL QODS-Route 1029 CASABLANCA

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie Mergad</b> 93100 Bauchra Route 1100 Sidi Maârouf-Casablanca +212 0522 321929	09/03/2021	53,70

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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'ODF

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. M. ELKASSOUDI  
DERMATOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Poitiers - France

الدكتور م. الكسواني

طبيب اختصاصي  
خريج كلية الطب بواتي - فرنسا

- Maladies de la peau, des cheveux et des ongles
- Chirurgie de la peau et des ongles
- Maladies sexuellement transmissibles

- أمراض الجلد، الشعر والأظافر
- جراحة الجلد والأظافر
- الأمراض التسالية

Casablanca, le

09/31/2021

Asmaaoui TOUFIK BENJELLOUN

14,00  
① - Hello Prise Transcutanée  
S.P. S. V.  
39,70 mat et dr.  
② - Fucidine pompe  
mat et dr.  
S. V.

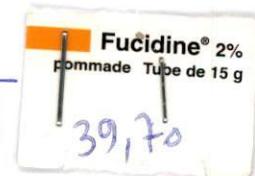
اكروميدين®

عابر للجلد  
اكراميدين

قارورة 60 مل



Dr. M. EL KASSOUDI  
DERMATOLOGUE  
Angle Bd. Al QODS-Route 1029  
Sidi Maârouf-CASABLANCA  
Tél: 05 22 97 55 14



T = 53,70

Pharmacie Morsad  
93, av Bouchra Route 1100  
Sidi Maârouf Casablanca  
Tél: 0522 32 19 29