

# 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 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 à caractère 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



## **Déclaration de Maladie**

Nº M21- 0003357

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

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

Matricule : 6810 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : GRUCHA Redouane

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : Agaib 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 déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

### **VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie Nº M21- 03357

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 : .....

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-473656

*en cours*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6810** Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **GRUCLIA Noheme**

Date de naissance : **1866**

Adresse : **habituelle**

Tél. : **06.38.78.33.29** Total des frais engagés : **1000 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**DR - Samira SABER  
Dermatologue - Vénérérologue  
3. Bd Mohamed V , Hay Azzahra  
2ème étage , Berrechid  
Tél/Fax : 05.22.32.44.77**

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **Camille Ayoub** Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **DÉRMATOSÉ**

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 : **/ /**

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                   | Date                 | Montant de la Facture |
|--|----------------------|-----------------------|
| Pharmacie IBN RACHED<br>Dr HACHIMI HAFSA<br>Tunisie 103283121<br>Laazhar | 03/03/21<br>06/03/21 | 756.85<br>44.00       |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particulier | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                       |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                       | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                       | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                       | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                       | .....             |        |     |     |     | .....                              |

## 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.

| SOINS DENTAIRES                                   | Dents Traitées   | Nature des Soins   | Coefficient  | INP : <input type="text"/>                   |
|---|--|--|--|--|
|   |  |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   |  |  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|   |  |  |  | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |
|   |  |  |  | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                      | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   |     |  | $\begin{array}{r} 25533412 \\ \times 00000000 \\ \hline 21423552 \\ \end{array}$ $\begin{array}{r} 00000000 \\ \times 35533411 \\ \hline 00000000 \\ 11423553 \\ \hline \end{array}$ | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|   | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession |  |  | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |
|   |  |  |  | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS    |  |  |  |  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |  |  |  |  |

# Dr. Samira SABER

Dermatologue - Vénéréologue

Ancienne interne du CHU Ibn Rochd  
Diplômée en Médecine Esthétique et Lasers  
de l'Université de Besançon, France

Maladies de la peau, Cuir Chevelu, Ongles,  
Allergies, Chirurgie Dermatologique,  
Médecine Esthétique, Lasers



الدكتورة سميارة صابر

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتالسلية

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى ابن رشد  
حاملة شهادة طب التجميل الليزر من جامعة  
برنسون فرنسا

أمراض الجلد ، الشعر والأظافر - الحساسية  
جراحة الجلد - طب التجميل - الليزر

PPU: 222,00 DH  
LOT: 644984  
PER: 12/21

Fucidine® 2%  
crème Tube de 15 g  
39,70

222,00

صيدلية ابن رشد  
Pharmacie IBN RGCHD  
30, Rue Moulay Idriss Laazhar  
BERRECHID - Tel: 0522 32 70 47

Le .....

03/03/2021

Chuca April

1) Acné avec des relents  
1 ml x 21 = 21 ml 105

262,40

Preparation

S.P

3) Keloid cendre = NF  
Derma al gel = NF  
Euglid gel = NF

peut.

39,70

In Mi

cendre

fucidine

peut.

3)

232,25

Sensilis light

S.V

232,25

4)

156,85

Pur le nez apres la  
Rme fumig et end

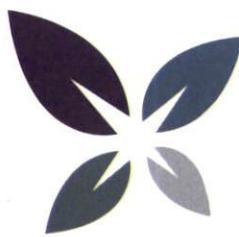
Dr. Samira SABER  
Dermatologue - Vénéréologue  
3, Boulevard Mohamed V, Hay Azzahra, 2ème étage (près de la mosquée Azzahra), Berrechid  
Tél/Fax : 0522 32 70 47  
2ème étage, Berrechid  
Dr. Edouard N. Hay Azzahra  
Dermatologue - Vénéréologue

**Dr. Samira SABER**

Dermatologue - Vénéréologue

Ancienne Interne du CHU Ibn Rochd  
Diplômée en Médecine Esthétique et Lasers  
de l'Université de Besançon, France

Maladies de la peau, Cuir Chevelu, Ongles,  
Allergies, Chirurgie Dermatologique,  
Médecine Esthétique, Lasers



**الدكتورة سميرة صابر**

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتتناسلية

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى ابن رشد  
حاملة شهادة طب التجميل والليزر من جامعة برسون  
فرنسا

أمراض الجلد، الشعر والأظافر - الحساسية - جراحة الجلد  
طب التجميل - الليزر

Le

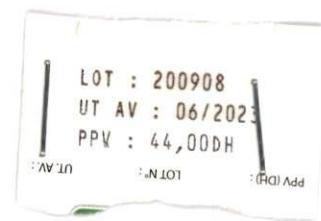
06/03/2021

صيدلية ابن رشد  
Pharmacie IBN ROCHD  
Dr. LHACHMI HAFSA  
30, Rue Moulay Idriss Laazhar  
SERRECHID • Tel.: 0522 32 70 47

44,00

Alor - 2 قپ S.V

لـ ٢ قپ الـ ٢٥٠ × ٨٥ =



44,00

Tel/Fax : 0522 32 70 47  
2ème étage, Berrechid  
3. Bd Mohamed V, Hay Azzahra  
Dermatologue, Vénéréologue  
**Dr. Samira SABER**

3, Bd Mohamed V, Hay Azzahra, 2<sup>ème</sup> étage (près de la mosquée Azzahra), Berrechid

3، شارع محمد الخامس، حي الزهراء، الطابق الثاني، (قرب مسجد الزهراء) – برشيد

E-mail : saberdermato@gmail.com - Tél/Fax : 05 22 32 70 47