

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

**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

N° W19-444549

65244

PPV  Maladie  Dentaire  Optique  Autres

□ Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 03183 Société : Retante

□ Actif  Pensionné(e)  Autre : Boukili ABDALLAH

Nom & Prénom : Boukili et. as. 56

Date de naissance : 16/01/1960

Adresse : 16 Rue Essaouira El kassir SANTA - CASA

Tél. : 0619600063 Total des frais engagés : 346,02 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : 03/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 29/01/2021

## 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
29/07/2011	CR(30)			<p>INP : 12111111111111111111111111111111</p> <p>DERMATOLOGIE</p> <p>Angle de la rue de la République et de la rue de la Révolution</p> <p>Quai Saint-Sauveur 34000 Montpellier</p> <p>1er Etage App. N° 2 (Quai Saint-Sauveur)</p> <p>Tel/Fax: 05 22 39 84 09 - GSM: 06 70 18 31 19</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	9/01/2021	16,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

# Docteur Selma ZAID

DERMATOLOGUE • VÉNÉROLOGUE

Diplômée de l'Université de Bruxelles (ULB)  
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Lille  
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Spécialiste des Maladies de la peau,  
Sexuellement transmissibles.  
Chirurgie des Cancers cutanés  
Comblement des rides - Botox  
Tests Allergies - Peau

الدكتورة سلمى زايد  
طبيبة الجلد و الأمراض الجنسية

خريجة جامعة بروكسل للطب  
مقيمة سابقة بمستشفيات باريز وليل

إختصاصية في أمراض الجلد، الشعر والأظافر  
والحساسية والأمراض المتنقلة عبر الجنس  
سرطان الجلد، الجراحة التجميلية  
الإزير و زرع الشعر  
تحاليل حساسية الجلد

Casablanca, le

29/Jan/2011

Réponse à bonkit !

46,00 (S-V) /  
Bétabline moussante /  
cire cheveux (5 minutes)

46,00

DR. SELMA ZAID  
DERMATOLOGUE  
Angle des Rues  
Oumaima Sayyah  
1er Etage App. N° 202  
Tél/Fax: 05 22 39 84 09 - 05 22 39 41 41

