

# 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 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

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

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

Matricule : 9555 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RAXI M.O.HAMED

Date de naissance : 03 - 12 - 1969

Adresse : 11AY MASJID Al 18 N 62 Essa

Tél. : 0663077325 Total des frais engagés : 301,50 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/07/2012 Nom et prénom du malade : RAXI M.O.HAMED Age : 43

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 : Casablanca Date : 05/07/2012

Signature de l'adhérent(e) : 11/11/10

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE F. CASALIO - BL 05 22 80 17 49 Rue de la République</i>	<i>5/04/91</i>	<i>15150</i>

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

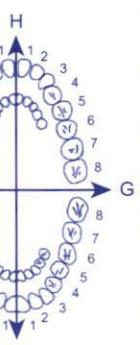
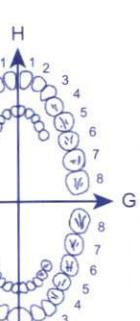
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الطب العام

دبلوم جامعي في أمراض الجلد التداخلي  
للبشر الطبي من أجل التجميل والتقنيات الموازية  
من أجل التجميل.

التغذية والتغذية الدقيقة  
أمراض السكري والشخص بالصدى



OMNIPRATICIENNE  
D.I.U EN DERMATOLOGIE INTERVENTIONNELLE  
LASERS MÉDICAUX À VISÉE ESTHÉTIQUE  
NUTRITION ET MICRO-NUTRITION, DIABÉTOLOGIE  
ECHOGRAPHIE GÉNÉRALE

Casablanca, le :

08/04/2021

Rafiq Soud

1) 141.20  
cafet  
10.30 LML XDR  
2) 141.20  
Soud  
151.50

LOT | 200634 1  
EXP | 02 23  
PPV 141.20 DH

PPV: 10DH30  
PER: 10/23  
LOT: J2836



Dr ZARHLOULE  
Medecine Esthetique  
Bd. Modibo Keita 3ème étage  
Rue 13 N°3 - Casablanca  
Tél: 05 22 82 46 31

شارع موديبو كيتا، سيدى معروف 3، زنقة 13، رقم 3، الطابق الأول، الشقة 1 - الدار البيضاء  
Bd. Modibo keita, Sidi maarouf 3 - Rue 13 N°3, 1<sup>er</sup> étage, App.N°1, CASABLANCA  
الهاتف : 05 22 82 46 33 Email : amalzarh2002@gmail.com البريد الالكتروني :