

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-649798



### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **10705**

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : **HILAL**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0664860909**

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **30/09/2011**

Nom et prénom du malade : **HILAL SANAA**

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 plconfidential 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

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
20-08-2021			Gratuite	INP : <input type="text"/> 

## PHARMACIE POLYCLINIQUE EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien Date Montant de la Facture  
Dr. TIRI Jaziz 30-5-21 921.00  
58 Route Mly Thami Hay Hassani  
Tél: 0522 90 21 67 Casa 1151.00  
PHARMACIE POLYCLINIQUE

58 Suite Mly Thami - Hay Ha... ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

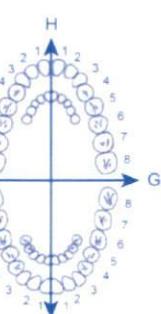
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	

## 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 PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE										
			<b>H</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <b>D</b> <input type="text"/> <b>G</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>B</b> <input type="text"/>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
	00000000	00000000											
	35533411	11433553											
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
				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

## **Docteur Mouna JAMALI**

Spécialiste des maladies de la peau,  
de l'ongle et du cuir chevelu  
Maladie sexuellement transmissibles  
Cosmétologie, Allergologie - Laser

الدكتورة منى جمالى

## إختصاصية في أمراض الجلد الأظافر والشعر - الأمراض التاليسية طب التجميل - اللازير

الدارالبيضاء، في 30\_09\_2021 Casablanca, le :

HILAC SANAA

1/28.00  
for

forçgil gelile

2 gelüste malin  
3V 3997

247.00  
21

NEOXIDIC Spray

4- تجارة شاك، الطابق الثالث، شقة 10- برونو، (حانق أسماء) - الهاتف: 0522746161

4, Lotissement Chabab, 3<sup>ème</sup> étage, Appartement 10 - Bernouss

Casablanca ( A côté d'Acima ) - Tél.: 05 22 74 61 61

Bernoussi  
92103

T: 0026 / EXP: MAI 2024  
PPV: 247,00 DH



LOT: 010  
MFG: 11/2020  
EXP: 11/2023



# Docteur Mouna JAMALI

Spécialiste des maladies de la peau,  
de l'ongle et du cuir chevelu  
Maladie sexuellement transmissibles  
Cosmétologie, Allergologie - Laser

# الدكتورة منى جمالي

إختصاصية في أمراض الجلد  
الأظافر والشعر - الأمراض التبالية  
طب التجميل - اللازير

Casablanca, le : 20.09.2021 الدار البيضاء، في:

HILAL SANAA

1125.00 Betadine solution (clike)

Nettoyage du cuir  
chevelu PHARMACIE DR. JAMALI  
Tél: 0522 962 103

20.09.21 Regenac cream

1 APP par pied :  
du cuir chevelu, ongle  
et la peau → 4 mois

26.000.00 3/ onyx cream

épate le soin du ongle  
laisser la nuit →

4. تجزئة شباب، الطابق الثالث، شقة 10 - برنوسي، (جانب أسيما) - الهاتف: 05 22 74 61 61  
4, Lotissement Chabab, 3<sup>ème</sup> étage, Appartement 10 - Bernoussi  
Casablanca (A côté d'Acima) - Tél.: 05 22 74 61 61

12 à 15 jours -

Aggr. oxy

4/

À la mi-juin  
du mois

Te ~~guma~~ ~~crème~~

FCP fin → 6 mois

MSA 00

Dr. MOUNA JAMALI  
Dermatologue  
4 Lotissement Chabab, 3ème ét.  
Appartement 10 Ain Sba - Casablanca  
T. 052 22 45 15

LOT : 210159  
PER : 02-2023  
PPV : 70,000DH

TEGUMA® 1%

Crème 30 g



6118001101078

Maphar  
Bd. Alkemia N° 6, Q1.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
ONISTER PT UREE DM 10G  
PPC : 260,00 DH

QUE

CNP - 6145276

Sanit

CN 1517500



2505-287



3 592619 314311



PZN-06729328

LOT : 210780

EXP : 05/2024

PPV : 199,000H

UT.AV.:

LOT N°:

PPV (DH):



TEGUMA® 250 mg

28 comprimés sécables

6 118001 101054



COOPER  
PHARMA