

# 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

- |                                  |                       |
|----------------------------------|-----------------------|
| Reclamation                      | : 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 caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	3073	Société :	RAM (91968)
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		ESSAKHI Brahim.	
Date de naissance :		01-01-53	
Adresse :		Résidence ATTRADAMOUN, Rue 1. N°15 El ouf Casablanca	
Tél. :		0663473186 Total des frais engagés :	
		179,60 Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	Pr JARMOUNI IDRISSE DERMATOLOGUE 203 Bd. Zerkouni Casablanca Tél. 05 22 36 43 17 / 27
Date de consultation :	03/10/2022
Nom et prénom du malade :	ESSAKHI Brahim
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	Dermatose
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 Le : 10/11/2021  
Signature de l'adhérent(e) : Brahim

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le Pratique des Actes
10.11.29	C3		300 Dhs	<b>PHARMOUNIDRISS</b> <b>DERMA</b> <b>293 Bd. Zerktouni Casablanca</b> <b>Tel: 05 22 36 43 17 27</b>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SARANAZ S.A.R.L.A.U 140 Lot Smirelda Lissabon Casablanca Tél/Fax : 05 22 65 20 07	10.11.2029	229,60 Dhs

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A coordinate system is overlaid with H at				

M. ESSAKIUI Brahim

الدار البيضاء، في ..... ٢٠.١١.٢٠٢١ ..... Casablanca, le ..... 20.11.2021 .....

Locaged

$$\begin{array}{l} 28 \\ 28 \\ 28 \end{array} \begin{array}{l} \times 5 \\ \times 10 \\ \times 100 \end{array}$$

de la science  
PER:02 2023  
LOT:21E001  
Visa  
LOCAPRED 0,1%  
CREME T15G  
P.P.V.:160H60  
O

Demerol gel

40,00

12<sup>1</sup>/<sub>2</sub> x 15 j.

Chen

13 mer 2 x 15

Cherden

1 j ren 3 x 1 mai

6

4

1

10

3

## Sur Rendez-vous

203، شارع الزرقطوني - حي الدار البيضاء الرابع - Casa - البيضاء - 4<sup>o</sup> étage - Résidence Ben Ham - Bd. Zerkouni

2 Mo15 Tél. : 05 22 36 43 17/27 . الهاتف : Fax : 05 22 36 43 68 <sup>الكتروني: 05 22 36 43 68</sup>  
GSM : 06 48 12 22 62 - E-mail : cabinetdermatologie.ir@gmail.com