

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

Nº W19-545993

92909

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4088

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ARIFI Mohamed.

Date de naissance :

01/01/34

Adresse :

Bloc 3 Apt 5 Anf. III Casab.

Tél. :

06 77 56 19 31 Total des frais engagés : 150,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

10/11/2021

Nom et prénom du malade :

ARIFI med

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection Dermatologique

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 : 22/11/2021

072

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

RELEVE DES FRÀIS 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
10.11.2012	S	0	gratuit	INP : 15109146 Dr. Khalid LAMNIA DERMATO-VENÉROLOGUE Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Bd. Abdelhafid Boutaleb Casablanca Tél. 0522 90 84 17

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien Ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10-11-2008	150,50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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>H</b> 25533412 21433552 00000000 00000000 <b>D</b> <input type="text"/> <b>G</b> <input type="text"/> 00000000 00000000 35533411 11433553 <b>B</b> <input type="text"/>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
					<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>



**SPECIALISTE**

Maladies de la peau et du cuir chevelu  
Infections sexuellement transmissibles

اختصاصي

في أمراض الجلد والشعر  
الأمراض التناسلية

Casablanca, le

**10/11/2021**

الدار البيضاء، في

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 17,40 DH  
ID: 647925  
6 118000 161295

17,40 x 2

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 17,40 DH  
118000 161295

**DERMOVAL CREME (ZONES DE GRATTAGE)**

2 FOIS PAR JOUR PENDANT 10 JOURS

**PLIS**



1 FOIS PAR JOUR PENDANT 10 JOURS

1 JOUR SUR 2 PDT 10 JOURS



51,80

AERIUS CP



1 CP PAR JOUR PDT 15 JOURS

LOT : 1289356  
PER : 04 2025  
PPV : 64 00



64,100

**CANESTENE EXTRA CREME**

LE SOIR PDT 20 JOURS

**INTER ORTEIL**



Dr. Khalid LAMNIAI  
DERMATO-VENEROLOGUE  
Angle Bd. Sidi Abderrahmane  
et Bd. Abdelhadi Boutaleb  
Casablanca Tél. 0522 90 04 17

150,50

