

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Pathologie 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.

## Education :

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.

## Prothésaire :

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 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° M21- 0037209

NP: 102380

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 30.82 Société : RAM.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SEMHI Fatiha

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 6/12/2021

Nom et prénom du malade : SEMHI FAÏHA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Cognjoint  Enfant

Nature de la maladie : DERMATOLOGIE

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :



## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-0037209

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## 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
6/12/2021	c	1	# 350,00	Dr. JEAN PROST GENEVOIS 193, Bd Adolphe Max 62328 SAINT-LOUIS 2697

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie HAY BOUCHRA Boulevard Sidi Mâarouf Tunis - Tunisie Tél : 05 22 58 19 49	06/02/21	110,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

### VOLET ADHERENT

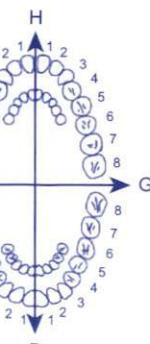
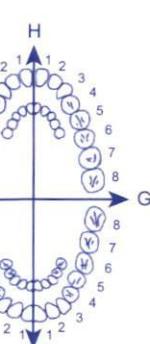
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 d'explorations complémentaires.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			
	$  \begin{array}{r}  25533412 \quad 21433552 \\  00000000 \quad 00000000 \\  \hline  00000000 \quad 00000000 \\  35533411 \quad 11433553  \end{array}  $			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur NEJJAM Fatna

Ex. enseignante à la faculté  
de médecine de Casablanca

DERMATOLOGUE - MÉDECINE ESTHÉTIQUE  
LASER - PUVATHERAPIE

الدكتورة نجم فاطمة  
أستاذة سابقة بكلية  
الطب الدار البيضاء

اختصاصية في الأمراض الجلدية والجميل

Casablanca, le ..... 06/12/2024

Mme SENHIDI Faâliha

101 Calciu scar b. Baoul

1 app le dr → corps

22.0

29 Plaster

1 app S.N le dr à 2 sem

18.20

301 Aseptol

1 app le dr le corps l'oreille  
2 fois de suite

401 Enviroscab. spray ses-jelés velours + litterie

293, Bd. Abdelmoumen (angle Bd. Anoual). 2ème étage - N° 2 - Casablanca

Tél.: 05.22.86.25.25 - 05.22.86.26.27 - E-mail : docteur.nejjam@gmail.com

مختصة في جلدية وجميل  
Dr. NEJJAM BOUCHRA  
Dr. Christine BOUDEGGA  
M. L'Institut Bouchra Sidi Maârouf  
Casablanca - Tel : 05 22 58 19 49

Dr. NEJJAM Fatna  
PROFESSEUR  
DERMATOLOGUE-VENEROLOGUE  
293, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél : 05 22 86 25 25 - 05 22 86 26 27

Dr. NEJJAM Fatna  
PROFESSEUR  
DERMATOLOGUE-VENEROLOGUE  
293, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél : 05 22 86 25 25 - 05 22 86 26 27