

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

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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

Nº M21- 0037978

### Optique

### Autres

### Maladie      Dentaire

#### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 8312 Société : 105002

Actif     Pensionné(e)     Autre

Nom & Prénom : LAHLOU FILALI Adnane

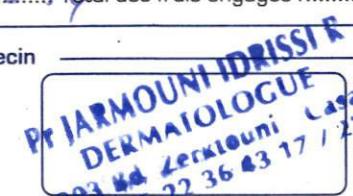
Date de naissance : 20/07/1968

Adresse :

Tél. : 0664 17 70 81 Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

#### Cadre réservé au Médecin



#### Cachet du médecin :

Date de consultation : Conseil 17/12/2022

Nom et prénom du malade : elt Lahcen Filali nolak Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même     Conjoint     Enfant

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

Signature de l'adhérent(e) :

#### **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
02.12.21	(3)		3500	P. JARMOULIN DERMATOLOGIST 203 Bd Zerkouj 17127 Tél: 08 22 36 43 17 17

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	03/12/21	108,80 PHARMACIE D'IBNOU ROCH QUARTIER 11. RUE GRASSE CASABLANCA DES HOPITAUX

#### **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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412   21433552 00000000   00000000 D ————— G 00000000   00000000 35533411   11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
D				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur R.JARMOUNI IDRISI

الأستاذ رشيد الجرموني الإدريسي

Dermatologie -Vénérologie - Laser - Puvathérapie

اختصاصي في الامراض الجلدية و التنسالية

Elle Laha Fida Malak

Casablanca, le ..... 02.12.21 ..... الدار البيضاء، في

RETACNYL 0,025

1 sur sur 3 pendant 1 mois

puis 2 sur sur 2

A quinze jours le germe

Shampoo après Retacnyl et  
au lessive

Wacnyl 2,5

de sur sur la denture  
à garder deux

Dans long

PHARMACIE DE L'HOPITAL  
IBNOU ROCHD sarl  
11, RUE GRASSET, QUARTIER  
DES HOPITAUX, CASABLANCA  
JS 22 49 72 22

Doliprane

1 cp en cas  
de douleur

Pr JARMOUNI IDRISI  
DERMATOLOGUE  
203 Bd. Zerkouni Casa  
Tél: 05 22 36 43 17 / 27

Sur Rendez-vous

بالموعد

203, شارع الزرقطوني إقامة بن حام الطابق الرابع - البيضاء -

الهاتف : Tél. : 05 22 36 43 17 / 27 Fax : 05 22 36 43 68

GSM : 06 48 12 22 62 - E-mail : cabinetdermatologie.jr@gmail.com