

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-423537

114947

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <b>114947</b>	Société : <b>RAM</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>KHYAR KAMAL</b>		
Date de naissance : <b>11-09-75</b>		
Adresse : <b>DAR BOU AARZA</b>		
Tél. : <b>9235</b>	Total des frais engagés : <b>1</b> DHS	
Cadre réservé au Médecin		
<b>Docteur V. DEVICO</b> <b>Dermatologue</b> <b>Centre Dermo - Laser</b> <b>218, Av. de L'Ambassadeur Ben Aïcha</b> <b>Tel : 05 22 24 11 19 / 05 22 40 50 82</b> <b>- Casablanca</b>		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : <b>10 Mai 2022</b>		
Nom et prénom du malade : <b>KHYAR KAMAL</b> Age : <b>47</b>		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : <b>Affection Dermatologique</b>		
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 : **NSR**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **13/05/2022**

**Joel**

### 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
10 Mai 2022	C <sub>2</sub>	400AH	400,00	INP : 0510441832 Docteur V. B. Dermatolo Centre Derm 218, Av. de L'Ambassade TP : 05 22 24 11 19 / 05 22 24 11 19 - Casablanca

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES AMIS N° 12 Sidi El Mekki Boulevard de la Guisse 4 Tél : 022.40.40.20	10/5/2022	34,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

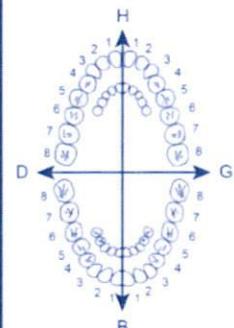
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

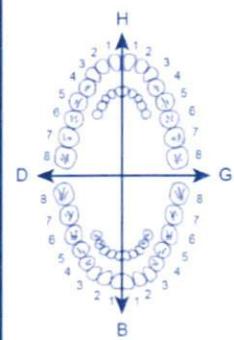
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

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

Docteur Victory Devico

## Dermatologue

Membre de la société française de dermatologie

## Centre Dermo - Laser

218, Av. Ambassadeur Ben Aicha  
Tél. : 05 22 24 11 19 / 05 22 40 50 82  
Casablanca  
ICE : 00 164 126 00000 42

Mr KAIYAN  
Kewal

she can change,  
venue offend 4/11

Sirs, Yours,

34, 0

Laposte gelophid

SP DEVICE

15

Docteur V. DE V.  
Dermatologue

Dermatology  
Dermo - Laser  
Dr. Ben Aich

Centre Dermo - Eu  
Ambassadeur Ben Aichi  
05 32 40 50.84

19/05.22  
Casablanca

PHARMACOLOGY BY S. AMIS  
Mr. S. AMIS, S. J. WILLIAMS  
Ed. Barmad, B.Sc. Cusso 4  
N.12 Belvoir Rd., Geelong  
Tel.: 022-40.40.20  
21st Oct 1950  
AV. 181.25

LIPOSIC  
Gel ophtamique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
OSP n° 220 DMP/21/NNP

باللunday: أيام الاثنين، الثلاثاء والخميس من التاسعة صباحاً إلى الثانية عشرة، ومن الثانية إلى الثالثة بعد الظهر والجمعة صباحاً من التاسعة صباحاً إلى الثانية عشرة  
*Sur rendez-vous les Lundi - Mardi - jeudi de 9h à 12h et de 14h à 15h, et Vendredi matin de 9h à 12h*  
مغلق يوم الجمعة بعد الظهر وكل يوم الأربعاء والسبت  
*Fermé le Vendredi après midi et les Mercredi et Samedi toute la journée*