

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 59 85

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NOUHA JIR

SAID

Date de naissance :

Adresse : habituelle

Tél. : habituel

Total des frais engagés : 273,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr S. HANNOUD E CHAOUI*  
Dermatologue  
21, rue Bourgogne  
69364 Lyon Cedex 02

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : NOUHA JIR Moh Aled Age : 14ans

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 : Casablanca

Le : 10/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

*Said*

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@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.

## 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
20/05/2022	C <sub>2</sub>	C <sub>2</sub>	300 DH	Dr S. HANNOUD Bd Zekrikou 10 Dermatologue 3536 / 06 61 34 61 35

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21.05.2022	73,40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper left (1-8), upper right (9-16), lower left (17-24), and lower right (25-28). A vertical H-axis points upwards through the center, and a horizontal D-G axis points to the left. A vertical B-axis points downwards at the bottom center.

## **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV  
LOT  
PER

AOUI SANZA

OGUE

veux, ongles, IST, atologique logie Esthétique,

Lasers et Cosmétologie de l'Université de Bordeaux



## الدكتورة حنود الشاري سناء اختصاصية في أمراض الجلد والشعر والأظافر وأمراض التنسالية

## خريجة كلية الطب بيوردو في طب التجميل والعلاج بالليزر

21/05/2022 DECH D'UVE MUSIQUE 34 64 23

Dr. Moustafa M. Moustafa

PHARMACIE EL MANSOUR  
CASA S.A.R.L. A.U.  
Mehdi El Djin Bekka Bourguiba

4) Sweden are seen

$$73.45 \text{ gpp} \times 21j \times 1 \text{ mol} \text{ LAR}$$

2<sup>nd</sup> Erbus of  
1sp 1800 x 1mrs

3) Gel súrgico xérone

18813

4) Dercos shampooing anti-pelliculaire

DS

(x 3mn puis rincer) (ANNEXE)

S1 EMULKERA Codexol --

1 epp 1g sur le bras

L.S. HANNOUD Echouai  
Dermatologue  
405, Bd Zerkoune ou Argonne  
Tel: 05-26 25 36 70 61 34 64 35

# MONOUAF SARL

ICE : 001444600000082

05.22.47.01.48/20.83.87

28/05/2022 12:46:44

N°Ticket :PV1-20220113251

Caissier :AMAL  
KARMOUCHI

Caisse :PV 1

Vendeur : OR NISSERINE BOUAMRI

Qté	Article	PU	R%	Montant
1,00	URIAGE BARIEDERM CICA CREME 40ML	155,00	36,00	99,20
1,00	CODEXIAL EMULKIRA CANULE 75ML	252,00	33,33	163,01
1,00	URIAGE XEMOSE SYNDET 200ML	195,00	34,00	128,70

**Total Qté:** 3,00

**Total :** 395,91

**ESPECE** 395,91

**Montant Reçu** 400,00

**Rendu Monnaie** 4,09

**VEUILLEZ BIEN VÉRIFIER VOTRE TICKET**

TicketMONOUAF

**MERCI DE VOTRE VISITE**