

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11447 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Malki Khalil

Date de naissance : 18/11/21 2007

Adresse :

Tél. : 06-91-68-84-69 Total des frais engagés : #691,30.04,- Dhs

## Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/09/2022

Nom et prénom du malade : Malki Khalil Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Dermatologique

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

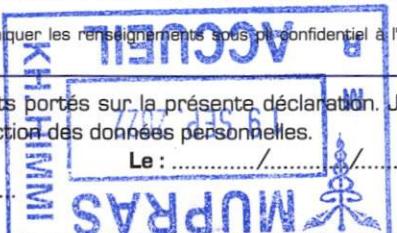
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 17/03/2022      | Ces               |                       | 259.00                          | Dr. Imane TIRHAZOUJI<br>Dermatologue - Vénérologue<br>Adulte & adolescent - 1er étage LCL Hôpital<br>El Aoud Deau 1er étage LCL Hôpital<br>Nancy - Tel : 03 83 03 63 |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| Nadia GOURANI<br>234 E Lotissement Zoubéry<br>Groupe Addoha Ouita - Casablanca<br>Gsm: 06 67 07 50 25 | 27/09/2022 | 441,30                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

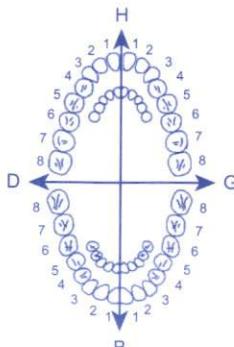
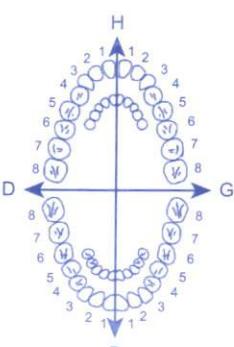
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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 |                         |
|---|--|---------------------------------------|-------------|-------------------------|
|    |  |                                       |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   |  |                                       |             | MONTANTS DES SOINS      |
|   |  |                                       |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|   |  |                                       |             | FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                                       |             |                         |
|  | H<br>25533412<br>00000000<br>35533411  | G<br>21433552<br>00000000<br>11433553 | B           | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                                       |             | MONTANTS DES SOINS      |
|   |  |                                       |             | DATE DU DEVIS           |
|   |  |                                       |             | DATE DE L'EXECUTION     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Dr. Imane TIRHAZOUINE**

# د. إيمان تيغزوين

- Dermatologie - Vénérérologie
- Allergologie
- Chirurgie de la Peau et des Ongles
- Dermatologie Esthétique
- Laser

- اختصاصية
- في أمراض الجلد والشعر والأظافر
- الأمراض التنايسية حساسية الجلد
- جراحة الجلد والأظافر
- الطب التجميلي الليزر

Casablanca, le :

17/09/2022

84,20 x 2

1) - Ketoderm sachet



1st x 2 / seuil une

87,30

2) - Dexph x solution



Appliquer le matin sur les lésions

140,80

3) . Préparation



- 1) Vaseline simple (20g)
- 2) Effant acne lipophile (30g)
- 3) Oufjine acne (30g)

PHARMACIE LES PARENTS

Date : 17/09/2022

Ordonnancier: 12979

préparation

صيدلية الأبوين

Pharmacie les Parents

Nadia GOURANI

Docteur en Pharmacie

234 E Lot Zoubeir (groupe ADDOHA)

OULFA-Casablanca - Tel: 067.07.50.25

Preparation/12979  
NE PAS AVALEZ

22,40 x 2

Appliquer le soir sur les lésions

4) - Hy solfe gel 100g (Bouteille de 20g)

Gel / seuil une

441,30

Tél : 05 22 90 54 63 - GSM : 06 27 41 26 67 - E-mail : imane\_tr@hotmail.com

344, Bd. Oued Daoura, 1<sup>er</sup> Etage - Lot. Haj Fateh - Oulfa  
Casablanca - Maroc

مختبر الصابون  
Laboratoire du Savon  
BP 4491 - Ain El Aouda - Maroc  
Nadia SEDRATI  
Pharmacien Responsable  
LOT : 074  
PER : MAR 2025  
PPV : 22 DH 40

Maria SEDRATI  
Pharmacien Responsable  
LOT : 074  
PER : MAR 2025  
PPV : 22 DH 40