

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

(132182)

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10308

Société : 21A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bougaddou Fatima

Date de naissance :

Adresse : Alfer-deous App 7 IHR8 Elg 02 oufha casa

Tél. : 0609467656

Total des frais engagés : 200000

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/07/2022

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 28/10/2022

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
01-07-22	Ca		1350 X	Dr. Amna LATIFEO Vétérinaire Chirurgien vétérinaire Casablanca 091037193

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/07/22	191.10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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'OD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>															
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>															
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>															
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>															
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"> </td> <td style="padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000			G	B	00000000	00000000	35533411		11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
		G																	
B	00000000	00000000																	
35533411		11433553																	
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>															
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Amina LATIFI EP HALLI

## DERMATOLOGIE VENEROLOGIE

Ex. Médecin chef de l'hôpital Aïn Chock

- Maladies de la Peau, Cheveux, Ongles
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Cosmétologie
- Chirurgie de la peau
- Allergologie
- laser



الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلي

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتغذية  
طبيبة رئيسية سابقاً بمستشفى عين الشق

- |                               |                        |
|-------------------------------|------------------------|
| ■ أمراض الجلد والشعر والأظافر | ■ أمراض الحساسية       |
| ■ التجميل                     | ■ الأمراض التناسلية    |
| ■ العلاج بالليزر              | ■ جراحة الجلد والأظافر |

Casablanca le : 20-07-22

Refik

ARij

- Bomederm

1/01

2x7

27.30 x 7

- Keto derm

ame

S.V

1/01 letto

12 ossance

- a-calfat

+ creuu

or paevly

-

- 1/01) e del

es l'opera me de

Docteur Amina LATIFI Ep. HALLI  
Dermatologie - Venerologie  
102, Bd. Oum Errabbi Hay Mazola  
Résidence Selma 1<sup>er</sup> étage - Casablanca  
Tél: 05 22 89 76 52

KETODERM 2% CREME T 10G P.P.V : 27DH30 	KETODERM 2% CREME T 10G P.P.V : 27DH30 	KETODERM 2% CREME T 10G P.P.V : 27DH30 
KETODERM 2% CREME T 10G P.P.V : 27DH30 	KETODERM 2% CREME T 10G P.P.V : 27DH30 	KETODERM 2% CREME T 10G P.P.V : 27DH30 
KETODERM 2% CREME T 10G P.P.V : 27DH30 	KETODERM 2% CREME T 10G P.P.V : 27DH30 	KETODERM 2% CREME T 10G P.P.V : 27DH30 
KETODERM 2% CREME T 10G P.P.V : 27DH30 	KETODERM 2% CREME T 10G P.P.V : 27DH30 	KETODERM 2% CREME T 10G P.P.V : 27DH30 
KETODERM 2% CREME T 10G P.P.V : 27DH30 	KETODERM 2% CREME T 10G P.P.V : 27DH30 	KETODERM 2% CREME T 10G P.P.V : 27DH30 

102, Bd Oum Rabii Hay Mazola. Résidence selma 1<sup>er</sup> étage - Oulfa - Casablanca - Tel : 05 22 89 76 52 - GSM : 06 60 74 36 36

06 60 74 36 36 - 05 22 89 76 52 - شارع أم الربع حي مازولا إقامة سلمى الطابق الأول - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف :

102، شارع أم الربع حي مازولا إقامة سلمى الطابق الأول - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف :