

# 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

- Réclamation : 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.

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *3126* Société : *BAM*

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *Noviji mohammed*

Date de naissance :

Adresse : *Inarai , rue t , n 34 , casa*

Tél. : *0661 68 04 18* Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *18/1/19* Nom et prénom du malade : *Noviji mohammed* Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *dermatose*

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 *casa* 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
18.10.93	G	-	1000	Dr Abdellah ABBADOUR Spécialiste Venérologie Dr Abdellah ABBADOUR Dermatologie S. El Majd Imm. F Elg. 2 Bd El Qods Ain Chock Casablanca 0522 26 888 - Fax: 0522 26 888

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ACCADEMIA	18/10/23	361,80

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

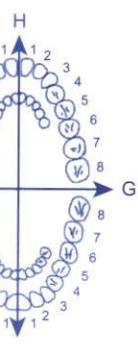
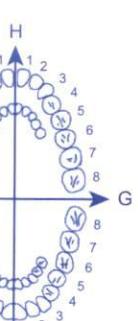
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **BEI EVE 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 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
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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

Docteur Abdelilah ABBOUR

Spécialiste

Dermatologie - Vénérologie  
Chirurgie Dermatologique  
Traitement au Laser

الدكتور عبد الله عبور

أخصائي

أمراض الجلد والشعر  
والأمراض الفناسية  
جراحة الجلد  
العلاج بالليزر

Casablanca le : 18 - Juin 2023

جعوس

25 gr venipig skin

to Senna stent spray

29 30

2 F vaseline creme

③ Camphor st. + gel

Ab. no x 2

camphor spray

2 f exam 50

2 est 427

④ Ketoderm cream

100 ml 150 mlt lnx

1 = 361.50

Dr Abdelilah ABBOUR  
Spécialiste  
Dermatologie Vénérologie

05 22 50 50 07 - الفاكس: 05 22 50 68 68 - الدار البيضاء - الهاتف:

Rés. EL Majd Imm. F 1er. z Bd El Qods Inara 1<sup>me</sup> Etage Ain Chock Casablanca

إقامة العجد، عمارة إينارا 1<sup>me</sup> этаж Ain Chock Casablanca - Tel.: 05 22 50 68 68 - Fax: 05 22 50 50 07

**Fucidine® 2%**  
crème      Tube de 15 g

~~39,70~~

PPV 116DH40  
LOT 330072  
EXP 06/2025

**FLOXAM®**

Flucloxacilline

**500 mg**

24 gélules

Voie orale

PPV 116DH40  
LOT 320134  
EXP 06/2025

**FLOXAM®**

Flucloxacilline

**500 mg**

24 gélules

Voie orale

M1271 0726

PER

LOT

Prix

~~89,00~~