

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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)

122097

**Déclaration de Maladie : N° P19-0022224**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8893 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

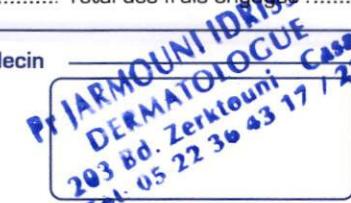
Nom & Prénom : Benchehra Karem Date de naissance :

Adresse : Habib Bourguiba

Tél. : 0522 91 21 20 Total des frais engagés : 496,35 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/10/23

Nom et prénom du malade : eft Benchehra Karem yassine Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : dermatose

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 : 11/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
24/10/2023	Co		35.00	<del>RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES MARDI 24 OCTOBRE 2023 203 RA. ZERKALAI CASABLANCA Tél: 05 22 36 43 17 / 27</del>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 S.T.E Pharmacie Centre commercial Boussoufa B.P. N° 9 - Casablanca	20/10/93	146,35

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **RÉLEVE 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

D

00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. The teeth are arranged in a standard dental sequence. Labels A through H are placed around the arch to indicate specific points of interest:

- A**: Located at the mesial (inner) side of the upper central incisors.
- B**: Located at the distal (outer) side of the lower central incisors.
- C**: Located at the distal (outer) side of the upper second molars.
- D**: Located at the mesial (inner) side of the lower second molars.
- E**: Located at the distal (outer) side of the upper first molars.
- F**: Located at the mesial (inner) side of the lower first molars.
- G**: Located at the distal (outer) side of the upper canine teeth.
- H**: Located at the mesial (inner) side of the lower canine teeth.

#### **(Création, remont, adjonction)**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Prôfesseur R.JARMOUNI IDRISI

Dermatologie -Vénérologie - Laser - Puvathérapie

الأستاذ رشيد الجرموني الإدريسي  
اختصاصي في الأمراض الجلدية و التنسالية

Elle Bouche Karon Yessam

Casablanca, le ..... 27.10.23 ..... الدار البيضاء، في

S.V

Diprosone crème 1% de 30g

39.50x2

20.00 / g x 0.7 g =

de son = 1.4 g

→ un sachet = 1.4 g

S.V

S.P

81.70

Spinal

de son en sachet

146.35

Nicht einnehmen.  
nur das Produkt erneut aufgetragen werden kann. Zweimal weniger Gas bei gleicher Anwendungszahl als ein großes Format.

Laboratoire SVR  
38 cours Albert 1er 75008 PARIS - France  
www.labo-svr.com



75 ml - 2.5 FL.OZ.

PHARMACIE GOLF CITY  
Laboratoire Bouakoura GOLF CITY  
109 - Bouakoura - Casablanca  
Tél: 0522 50 07 00

Pr JARMOUNI IDRISI  
DERMATOLOGUE  
203 Bd. Zerkouni - Casa  
Tél: 05 22 36 43 17 / 27

Sur Rendez-vous

بالموعد

203، شارع الزرقطوني إقامة بن حام الطبق الرابع - البيضاء - Casablanca

Tél.: 05 22 36 43 17 / 27 - الهاتف : GSM : 06 76 90 94 56

E-mail : cabinetdermatologie.jr@gmail.com

81.70

# دوزنون® لائفون قط

26  
50



1

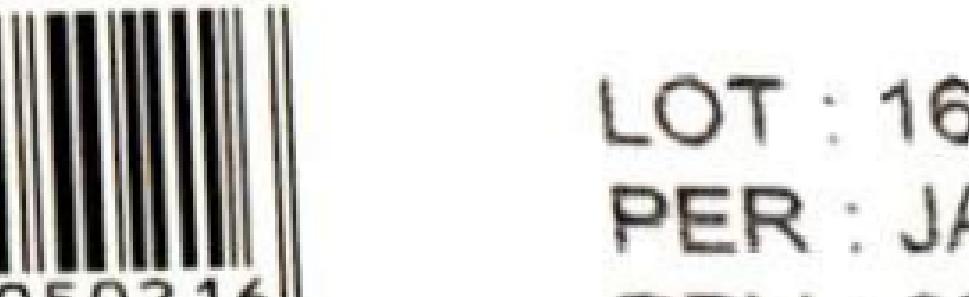
ISD

# د د

## بیت للده

أنبوب 30 غ

نیز 0,05 %



1050216 PPV : 3