

# 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.

 **Maladie** **Dentaire** **Optique** **Autre**

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

5010

Société :

La RAN

FILLE DE MARIKH  
ABOELKARH Actif Pensionné(e) Autre

Nom &amp; Prénom :

MARIKH. AYA

Date de naissance :

Le 10/01/2005

Adresse :

Rue 03, N°203 MAZOLA AT. 04

Tél. :

06-61-68-65-69

Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

## Cachet du médecin :



Date de consultation :

Daniela Aya

Age :

Nom et prénom du malade :

Daniela

 Conjoint Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Daniela

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  
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

aya

le : 11/12/2018

Signature de l'adhérent(e) :



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

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Date et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19/01/15	1	300 M	29/01/15	Khad
				VENEROLOCO Afghanistan Osmani - Casablanca 0522 90 18 0

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/12/23	794,-

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]																													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]																													
				MONTANTS DES SOINS [ ]																													
				DEBUT D'EXECUTION [ ]																													
				FIN D'EXECUTION [ ]																													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center"><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">25533412</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		G		D	00000000	00000000	G	00000000		00000000		25533412		21433552		00000000		00000000		35533411		11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
H		G																															
D	00000000	00000000	G																														
00000000		00000000																															
25533412		21433552																															
00000000		00000000																															
35533411		11433553																															
B																																	
				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'EXECUTION

Docteur Khadija RAJI

Spécialiste des Maladie de la Peau  
des Ongles et du Cuir Chevelu  
Maladie Sexuellement  
Transmissibles Médecine Esthétique

الدكتورة خديجة رجب

اختصاصية في أمراض الجلد

والشعر والأظافر

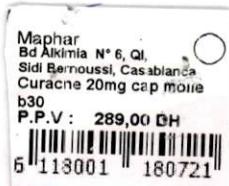
الأمراض التناسلية

طب التجميل

Nom - Prénom : Khalid kli

Date : 13/12/95

Alg  
289.00 x 2 = 578.00



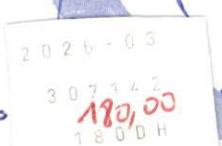
1/ Curacne 20 mg

1 pp 100 mg 2 giornalieramente

2/ Ucelline hydratante effervescente

180.00 5 ml 1 fois par jour

3/ Hydrogel



36.2 1 goutte à la fois



4/ Galienik



36.00 1 cuillère à soupe

392 شارع أفغانستان، مجموعة 501 - الطابق الأول، الحي الحسني - الدار البيضاء - الهاتف : 07  
nistan - Groupe 501 - 1<sup>er</sup> étage Hay Hassani, Casablanca - Tél.: 05 22 90 18 07