

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

**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



en  
19.8.62

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0012589

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8626**

Société : **R. A. M.**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Boudraa Hamid**

Date de naissance :

Adresse : **Habituelle**

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **02/01/2024**

Nom et prénom du malade : **Boudraa Hamid**

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

*Vyptor relâché infecté Nasal et Naso*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

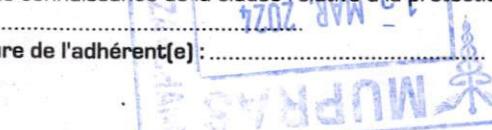
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



#### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0012589

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

#### **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 Relevé des Actes
21/01/2024	DS		300	Dr. DAABOU Ahmed Dermatologie Cosmétique Médecine Esthétique LASER 806, Bd El Oued Hay Chirifa Appt N°1 Casablanca - Tel: (0522) 21 21 31

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <i>092031392</i>	<i>21/01/24</i>	<i>444,76</i>

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### VIOLET ADHESIVE

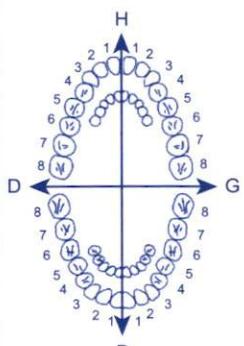
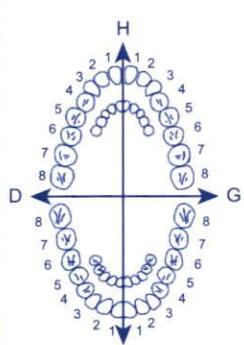
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 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'EXECUTION

**Dr. Ahmad DAABOUL**  
**Spécialiste**

Dermatologie - Cosmétologie  
Vénérologie - Allergologie  
Médecin Esthétique & Anti-âge  
Mésothérapie - LASER



الدكتور أحمد دعبول  
إختصاصي  
في أمراض و جراحة الجلد  
والشعر والأضافر - الليزر  
**الطب التجميلي**



PT210511133930

Casablanca, le 02 janvier 2024

Mr. BOUDRAA Hamid

148,- ده  
1/ BACTOSPRAY

matin et soir

28,- ده  
2/ COCCIDIN CRÈME

matin et soir

126,- ده  
3/ AUGMENTIN

1 gramme matin et soir au milieu du repas.

84,- ده  
4/ DERMOFIX POUDRE

1 application par jour

5/ ONIFINE CREME

le soir sur les ongles

LOT: 231091  
PER: 09-2026  
PPV: 28,00DH

PPV: 126,30 DH  
LOT: 652728  
PER: 05/25

**Dr. DAABOUL Ahmad**  
Dermatologie / Cosmétologie  
Médecine Esthétique / LASER  
806, Bd El Quods Hay Chirifa Appt N°1  
Casablanca - Tel: (0522) 21 21 31

**PHARMACIE HIBA**  
Dr. Hiba Beausejour - Casablanca  
51 Bis Hay Beausejour - Casablanca 3431  
Tél: 0522 94 99 34 / 0522 39 34 31  
FAX: 0522 94 90 34

BACTOSPRAY  
LOT: PF2306019  
EXP: 06/2026.  
PPC: 148.00DH

LOT: 074  
PER: AUT 2026  
PPV: 58 DH 00