

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **ologie 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.

## **que :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **aire :**

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.

## **die 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

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

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

## **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 5475 Société :

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : CHERIFI ABDELHADI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :

**Lui-même**

**Conjoint**

**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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

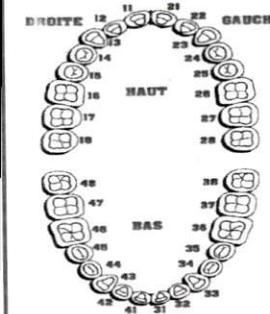
# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES



Dents  
Traitées

Nature  
des soins

Coefficient

## Coefficient des

### Montant des soins

### Début d'exécution

### Fin d'exécution

## Coefficient des travaux

### Montant des soins

### Date du devis

### Fin de

## O.D.F. Prothèses dentaires

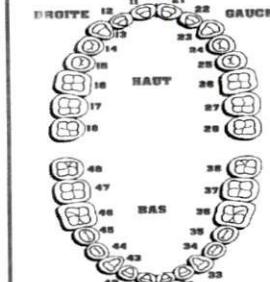
Détermination du coefficient  
masticatoire

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, Remont, adjonction)

Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

G	
D	H
00000000	00000000
00000000	00000000



## VOLET ADHERENT

NOM : .....

Mle

## DECLARATION N°

W18-402014

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 5475

Nom & Prénom Chebbai Abdellah

Fonction : Retraite Phone : 066.3.71.95.98

Mail .....

## MEDECIN

Prénom du patient

chebbai Abdellah

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age .....

Date .....

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Dentiste

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des  
honoraires

ce

+ 300 le  
DT

## PHARMACIE

Date 12.01.19

Montant de la facture

f = 501,70

Docteur Amine LATIFI E.P.H.U.  
Gynécologue et Vénérologue  
202 Avenue Selmi El Hachemi Hay Mazola  
Casablanca  
Tél. 05 22 89 16 52

PHARMACIE SARANAZ  
S.A.R.L.  
140 Lot Casablanca  
Casablanca  
Tél/Fax : 02 22 23 23 07

## ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date .....

Désignation des  
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Date .....

Nombre

Montant détaillé des  
Honoraires

AM

PC

IM

IV

RECEPTION ACCUEIL  
TELE 02 22 23 07  
ACCUEIL

# 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
- Allergologie
- Chirurgie de la peau
- laser



الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلي

إخلاصائية في الأمراض الجلدية والتسلسية  
طبيبة رئيسية سابقاً بمستشفى عين الشق

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

Casablanca le : Le 12-07-19

الدار البيضاء في :

492 07 20  
LOT PER

Prix 55,00

chebbat Abdellah.

55,00

- laço de seclerterol



138,50

- Bactospray



100g

39,70

- Fucidem pommel.



per sharey

39,70

134,50 x 2

- Fucidem spray 200g



Ja 2011 rotig

501,70

Docteur Amina LATIFI Ep. HALLI  
Dermatologue - Venerologie  
102, Bd Oum Rabia Hay Mazola  
Casablanca  
Tél: 05 22 89 76 52

PHARMACIE SARANAZ  
140 Lot Smitaïda  
Tél/Fax: 05 22 89 76 52

