

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

## Informations 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Maladie :

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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19-0031548

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1056

Société : 26743

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom ELASSANI LARBI

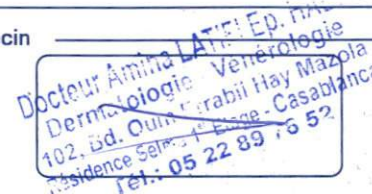
Date de naissance :

Adresse : RIAD ELLOULFA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/04/2020

Nom et prénom du malade : Fatima El Hajj 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) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-031548

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 : 1056

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# RELEVÉ 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 14-04-20        | Dermato           | 1                     | 3.590                           | Docteur Amin Leila El Malli<br>Dermatologue - Vénéré Hay Mazza<br>102, Bd. Oum Errabi Hay Mazza<br>Résidence Salma 1 Etage Casablanca<br>Tél.: 05 22 89 76 52 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE RIAD EL OULFA<br>241, GH5 RIAD EL OULFA<br>CASABLANCA<br>Tél.: 05.22.91.45.78 | 14-04-20 | 457,60                |

# 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 |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

VOLET ADHERENT

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |                         |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
|------------------------------|---|------------------|-------------|-------------------------|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|--|---|--|-------------------------|
|                              |   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
|                              |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
|                              |   |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
|                              |   |                  |             | FIN D'EXECUTION         |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
|                              |   |                  |             |                         |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
|                              |   |                  |             |                         |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
|                              |   |                  |             |                         |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
|                              |   |                  |             |                         |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
|                              |   |                  |             |                         |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
|                              |   |                  |             |                         |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | H                       |  | H | 25533412 | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 |  | D |  | G | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 |  |  | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| H                            |   | H                |             |                         |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
| 25533412                     | 21433552  |                  |             |                         |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
| 00000000                     | 00000000  |                  |             |                         |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
| D                            |   | G                |             |                         |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
| 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 Amina LATIFI EP HALLI

DERMATOLOGIE VENEROLOGIE

Ex. Médecin chef de l'hôpital Aïn Chock

- Maladies de la Peau, Cheveux, Ongles
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Cosmétique
- Allergologie
- Chirurgie de la peau
- Laser



## الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلي

إختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية  
طبيبة رئيسية سابقا بمستشفى عين الشق

- أمراض الجلد والشعر والأظافر
- الأمراض التناسلية
- جراحة الجلد والأظافر
- أمراض الحساسية
- التجميل
- العلاج بالليزر

Casablanca le

الدار البيضاء في :

Falme Elagjae

235,10

- Propriété { diprolen numect 2 tubes  
Acid salicylique 4g  
Vasclen simple 100,  
Joules plus phares

170,00

- Epilase AP+ dans corps

1000 le Naila

91,50

- Zedje CP

100 le son

P = 457,60

Docteur Amina LATIFI EP HALLI  
Dermatologie - Vénérologie  
102, Bd. Oum Rabii Hay Mazola  
Résidence Selma 1er étage - Casablanca  
Tél.: 05 22 89 76 52

PHARMACIE RIAD EL OULFA  
241, GHS RIAD EL OULFA  
CASABLANCA  
Tél.: 05.22.97.45.78