

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

N° W19-550791

37366

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9797

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DAHOU

NADIA

MUPRAS

Date de naissance :

19 AOUT 2020

Adresse :

Tél. :

06 62 763485

Total des frais engagés :

635

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

13/07/2020

Nom et prénom du malade :

Kathi Abdellah

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

Affection Dentaire et Orale

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 suis au courant de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Casablanca

Le : 19/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

## 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
13/03/2019	C	1	30000	INP : 109143949 DR Abdellatif Bd Académie El Moudawine BP 1206 Bab El Oued 16000 Algiers Algérie

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
		<table border="1" data-bbox="1584 922 1821 1071"> <tr> <td>H</td><td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td><td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td><td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>														
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LA VÉRITÉ

Dr. Abdellah MORTAKI

# Spécialiste en Dermatologie et Maladies Sexuellement Transmissibles Dermatologie pédiatrique

## Chirurgie de la peau et des ongles

Greffe des a.  
 MYCOSTER 1%  
 CREME T30G  
 P.P.V : 45DH20  
 0  
 PER : 205009  
 01  
 Anci  
 An 2022  
 Anc  
 embre de socié  
 ancaise de Dermatolog  
 Nancy  
 les  
 raux militaires

67

**Maphar**  
Km 10, Route Côtier 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Ketoderm 2% gel b/s sachet  
P.P.V. : 84,20 DH  
G 118001 18149C

الدكتور عبد الله مورتاقى

## إختصاص في الأمراض الجلدية و التناسلية

## ١٠ "حلد عند الأطفال"

الظافر  
COSTER 1%  
30G

MYCOSIL  
CREME T30G  
P.P.V.: 45DH20  
180001011118  
011118  
LOT.: 20E008  
PER.: 12/20  
Suni

1310712020

115,00

KOTNI: PROCELLARIA

03

84.20

11) Ket. Mr. Sach  
2 x 1 mo  
1 min 1 min per hour

05 22 49 11 85 - 05 22 20 92 80 - الملف: 10 - الدار البيضاء - العنوان: (قابس، 10) - الطلاق الثالث، الدار البيضاء - 131

131, Bd Abdelmoumen, Résidence JAWHARA Abdelmoumen (en face Maison Renault) 3<sup>ème</sup> étage N° 10

Casablanca - Tél : 05 22 20 92 80 - Fax : 05 22 49 15 85 - E-mail : abdmortaki@yahoo.fr

Patente: 36363774 - IE: 42044012 - CNSS: 8080054 - ICE: 001691516000063 - INPI: 091163006