

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## Education :

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.

## Orthothérapie :

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

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](http://www.mupras.com)



N° : 53266

## Déclaration de Maladie : N° S19-0003527

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8708 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ALAIN Abdellah Date de naissance : 18/06/61

Adresse : 8r Bd Moulay Ismaïl Total des frais engagés :

Tél. : 0561238490 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04 DEC 2020

Nom et prénom du malade : ALAIN SALMA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : JEUN ISPE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli à l'adhérent et 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 : 0561

Le : 06/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

#### **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
04 DEC 2014	Actes G	Gabest	Docteur Imane MARRAKCHI Dermatologue - Venerologue Néonatalogie Esthétique Casablanca 22, Rue 14 Mandarona Am Chok - Casablanca Tél: 05 22 87 58 43	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 4, Rue Abu Souti, Sidi El Khattabi Casablanca - Tel: +212 52 82 90 44	04/12/20	332,70

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>[Signature]</i>	<i>15/07/2014</i>	<i>DSG : 230 A</i>	

## 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.

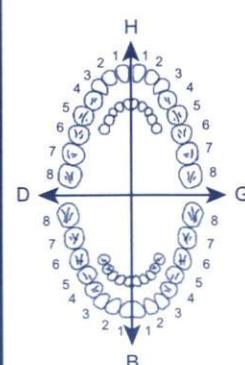
### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<p align="center"><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>H</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>D</b></td> <td style="text-align: center;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>B</b></td> <td></td> </tr> </table> <p align="center"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<b>H</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>	<b>G</b>	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>B</b>		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <b>MONTANTS DES SOINS</b>  <b>DATE DU DEVIS</b>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b>
<b>H</b>																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
<b>D</b>	<b>G</b>															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
<b>B</b>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# Docteur Imane MARKOUCH

Dermatologue -Vénérologue

Diplomée de l'UFR Pierre et Marie Curie-Paris VI

Ancienne interne des hôpitaux de Paris

# الدكتورة إيمان مركوش

اختصاصية في أمراض الجلد والتناسل

خريجة كلية بيبر و ماري كوري باريس 6

طبيبة بمستشفيات باريس سابقا

Casablanca le : .....

04/12/2020

Enfant ALAMI SALMA

20,90 x 4 HAIRSTIM LOTION

1app/j x03mois

VITAMINE D BON 200 000 UI AMP

1amp/mois x03mois la 4é amp en mai 2021

HAIRSTIM GELULES

2gel/j x03mois

270,00 CLENIDERM CRÈME

1app le soir x01mois puis 1soir/2 x01mois puis 2soirs/sem x 02 mois

→ CICLOVIRAL 400 MG CP

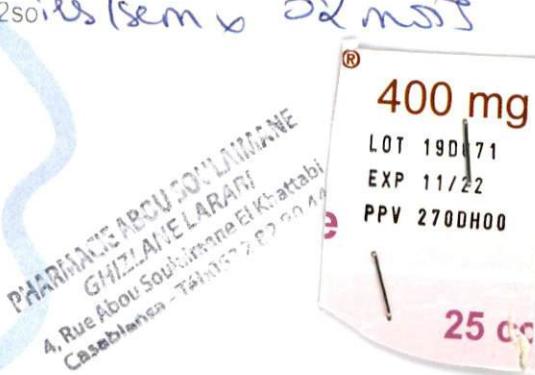
1cpx02/j 10j/mois x2 mois

BIOCLIN SERUM ARGAN CHEVEUX SECS

Sur les pointes

BODYTONE WHITE LAIT

1app le soir sur les taches corporelles x03mois



Dr. Imane MARKOUCH  
Dermatologue - Vénérologue  
Dermatologie Esthétique Cosmétologie Laser  
224, Rue 14 Mandarouna Ain Chok - Casablanca  
Tél: 05 22 87 58 43