

# 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.

## Médecine 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 051527

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8298

Société : RAM SUSL8

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHATT YOUSSEF

Date de naissance : 19/06/68

Adresse :

Tél. : 0660745661

Total des frais engagés : 72 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/01/2021

Nom et prénom du malade : CHATT YOUSSEF Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : affection

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 : Casablanca

Le : 11 JAN. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL 2021

## 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
05.01.2021	Ch.	0	350dh	N° INPE 000000000570 Dr. Khaled LAMANI DERMATO-VENEREOLOGISTE Angle Bd Abdellah Ben Badis et Bd Abdellah Boualeb Casablanca 20200 Tel: 0522 90 04 12

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Formulateur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AYMANE AGUEDACH KANANE Quartier Kal Fleur 3ème Rue Maison, Résidence 1001, Casablanca Tél: 0522 99 00 21	5/1/21	222,90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
TSOS	14/1/21		

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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

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			Coefficient des travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**SPECIALISTE**

Maladies de la peau et du cuir chevelu

Infections sexuellement transmissibles

05/01/2021 Casablanca, le ..... الدار البيضاء، في

MR CHATT YOUSSEF

10.00 **VISAGE**   
-EFFICORT HYDROPHILE

2 FOIS PAR JOUR PDT 4 JOURS

1 FOIS PAR JOUR PDT 4 JOURS

16.5,- **CORPS**   
-ATOPICALM LAIT CORPOREL

LE SOIR

17.00  
17.40 **-DERMOVAL CREME (JAMBES)** 

2 FOIS PAR JOUR PDT 10 JOURS

1 FOIS PAR JOUR PDT 10 JOURS

1 JOUR SUR 2 PDT 10 JOURS

**PHARMACIE AYMANE**  
**AGUEDACH KAMAL**  
Quartier Val Fleuri 3 Bis, Rue Henri  
Munger, Résidence Talbi III, Casablanca  
Tél/Fax: 0522 99 69 21



Angle Bd. Sidi Abderrahman  
الحسيني - الدار البيضاء

Tél./Fax : 05 22 89 19 1

Code Postal : 20 230 - E-mail :

زاوية شارع سيدى عبد الرحمن وادا  
هاتف العيادة التابث: 05 22 90 04 17  
Casablanca