

## 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.

### 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0021987

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6846 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AWAM ABDELHADI  
Date de naissance : 04/04/65  
Adresse : Aéroport IBN BATTOUTA TANGER  
Tél. : 06 66 82 74 09 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 27/04/23  
Nom et prénom du malade : AWAM LINA Age : 17 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Dermite séborrhéique  
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 : Tanger Le : 27/04/23  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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
27/04/2023	S		300,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

27/04/23      718,50  
27/04/2023      503,18

# 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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

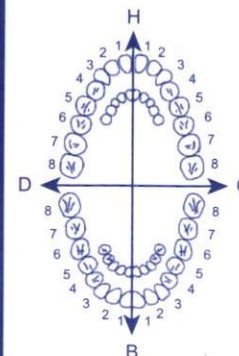
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

# 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

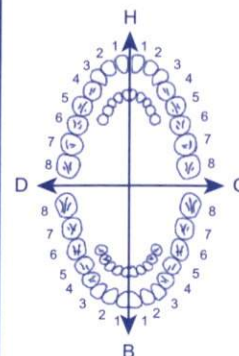
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



328 50

Dr. Zoubida ALIOUA ép. Sandi

Ex. Médecin Capitaine Dermatologue  
à l'Hôpital Militaire de Rabat  
DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE

(Femmes - Hommes - Enfant)

Spécialiste des Maladies de la Peau, des Cheveux, des Ongles

Spécialiste des Infections Sexuellement Transmissibles

Chirurgie Dermatologique - Médecine Esthétique

Traitement par LASER



27/04/2023

Docteur Zoubida Alioua ép. Sandi

بوتة ج الصندي

PPV/ 34DH60  
PER 09/24  
LOT L2924

سنة سابقا بالمستشفى العسكري بالرباط

- أطفال

لجلد والشعر والأظافر

متنقلة جنسيا والحساسية

طب التجميل

للليزر

PPV/ 34DH60  
PER 09/24  
LOT L2924

PPV/ 34DH60  
PER 09/24  
LOT L2924

PPV/ 34DH60  
PER 09/24  
LOT L2924

PPV/ 34DH60  
PER 09/24  
LOT L2924

PPV/ 34DH60  
PER 09/24  
LOT L2924

maphar

Bd Alkima N° 6, Qt. Sidi Bernoussi,  
Casablanca - Maroc  
KETODERM 2% GEL SAC B8  
P.P.V. : 84DH20



## 1 - KETODERM SACHETS

1 sachet par semaine laisser agir 10 mn et rincer pendant 2 mois

## 2 - DERMOVAL GEL

1 FOIS PAR JOUR PDT 05 JOURS CUIR CHEVELU

## 3 - PSORILYS LOTION DU CUIR CHEVELU

1 X / 3 FOIS / SEMAINE CUIR CHEVELU

## 4 - BIRETIX DUO

un soir sur deux sur le visage

## 5 - CREME LAVANTE URIAGE

LAVER ET RINCER VISAGE

## 6 - LONGAMYCINE 100MG

un cp le soir pendant 02 mois à prendre avec un grand verre d'eau

## 7 - ENEOMEY REPAIR CREAM

1 Application par jour LE SOIR

## 8 - TRIKARE K SHAMPOOING

DEUX fois par semaine laisser agir 5mn et rincer

## 9 - BIOKAP MASQUE NOURISSANT CHEVEUX SECS

2x/semaine à rincer

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 40.00 DH  
ID: 650999  
6 118000 161301

ZIADI A SARL  
Pharmacie Normale  
21, Av. Allal Ben Abdellah  
Tél.: 05 37 70 77 65

LA GRANDE PHARMACIE  
PLACE PIETRI  
17, Rue Abdel Fattah El Marini  
Rabat  
Tél.: 05 37 70 91 48  
INDE: 102000072

Dr. Zoubida ALIOUA  
Dermato - Venerologue  
6, Rue Amman - Rabat  
Tél.: 05 37 70 34 42 - GSM: 35 24 23



Ref. BL32

Lotto n.:

8, زنقة عمان, شارع علال بن عبد الله, درج س الطابق الثالث الرباط - (أمام فندق الملكي)

8. Rue Amman, Av. ALLAL Ben Abdellah, Escalier C, 3ème étage - RABAT (Face à l'hôtel Royal)

الهاتف : 05 37 70 35 42 - النقال : 06 55 39 29 29 - البريد الإلكتروني : zoubida.alioua@gmail.com

ICE : 001634498000062 - INP : 101101632