

## 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 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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'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° W21-694052

272706

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11675

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENKIRANE SELMA

Date de naissance :

05/08/1978

Adresse :

Tél. : 06-67-46-03-71

Total des frais engagés

DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. LAHIRI Amina  
DERMATOLOGUE  
229 Bd. Moulay Youssef  
Angle 229 et Rue Nadaud 5ème Etage N°18  
CASABLANCA  
Tél : 05 22 22 29 92

Date de consultation :

22/08/2023

Nom et prénom du malade :

BENKIRANE Selma

Age: 45 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

dermatose

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'exhaustivité 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 : 25/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :



Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| 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  |
| 22/08/23                       | CS                | 3000Dhs               |                                 | INP : 091212911ha<br>Dr. LAHRICHATI<br>DERMATOLOGUE<br>Angle 299 Bd. Moulay Youssef<br>et Rue Nadaud 5ème Etage N° 10<br>CASABLANCA<br>0522229922 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  Ocean Path Ghzimm 14 MAG 2013<br>Route D Hammour - Dar Bouazza<br>20623163 - INPE: 092103613 | 22/08/23 | 1078,50               |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVÉ 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 l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées               | Nature des Soins  | Coefficient                                  | INP : <input type="text"/>                   |          |          |   |          |          |   |  |          |   |  |          |   |          |  |  |
|--|------------------------------|---|--|--|----------|----------|---|----------|----------|---|--|----------|---|--|----------|---|----------|--|--|
|  |                              |   |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |          |          |   |          |          |   |  |          |   |  |          |   |          |  |  |
|  |                              |   |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |          |          |   |          |          |   |  |          |   |  |          |   |          |  |  |
|  |                              |   |  | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |          |          |   |          |          |   |  |          |   |  |          |   |          |  |  |
|  |                              |   |  | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |          |          |   |          |          |   |  |          |   |  |          |   |          |  |  |
|  | O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES |   | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE |  |          |          |   |          |          |   |  |          |   |  |          |   |          |  |  |
|  |                              | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> </table> |  | H  | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | D |  | 00000000 | B |  | 35533411 | B | 11433553 |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  |                              | H   | 25533412                                     | 21433552                                     |          |          |   |          |          |   |  |          |   |  |          |   |          |  |  |
|  |                              | D   | 00000000                                     | 00000000                                     |          |          |   |          |          |   |  |          |   |  |          |   |          |  |  |
|  |                              | D   |  | 00000000                                     |          |          |   |          |          |   |  |          |   |  |          |   |          |  |  |
|  |                              | B   |  | 35533411                                     |          |          |   |          |          |   |  |          |   |  |          |   |          |  |  |
| B  |                              | 11433553  |  |  |          |          |   |          |          |   |  |          |   |  |          |   |          |  |  |
| (Création, remont, adjonction)                         |                              |   | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |   |          |          |   |  |          |   |  |          |   |          |  |  |
| Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession |                              |   | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |  |          |          |   |          |          |   |  |          |   |  |          |   |          |  |  |
|  |                              |   | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |  |          |          |   |          |          |   |  |          |   |  |          |   |          |  |  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS         |                              |   |  |  |          |          |   |          |          |   |  |          |   |  |          |   |          |  |  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION      |                              |   |  |  |          |          |   |          |          |   |  |          |   |  |          |   |          |  |  |



-Maladies et chirurgie de la peau,  
Ongles et cheveux

-Maladies sexuellement transmissibles

-Dermatologie pédiatrique

-Allergies cutanées

-Dermatologie esthétique

د. أمينة لحريري  
اختصاصية في الأمراض  
الجلدية والتناسلية  
أمراض و جراحة الجلد  
أظافر والشعر  
الأمراض التناسلية  
طب الجلد عند الأطفال  
الحساسية الجلدية  
طب التجميل

Casablanca le : ٢٢/٠٨/٩٣

PHARMACIE OCEAN PHARMA  
Dr. Lahrichi Najwa  
Docteur en Pharmacie  
Lot Ocean Pharm GH3 Imm 14 MAG n°1  
Km 19 Route de Zemmour - Dar Bouazza  
Tél: +212 52 62 31 63 - INPE: 092103613

432,00

① placento lotion antichute



10 pulv 1J pot 4 Nois  
sente cuir chevelu

40,50x3 AS

② tandyfexion 80 mg

1cp 1J pot 4 Nois

525,00 AS

③ Fencapil gélules

2gél 1J

Dr. LAHRICH Amina  
DERMATOLOGUE  
Angle 239 Bd. Moulay Youssef  
Rue Nadaud 5ème Etage N° 10  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 22 29 92

زاوية 239، شارع مولاي يوسف وزنقة نادو الطابق الخامس. رقم 10 بورگون - الدار البيضاء

Angle 239, Bd Moulay youssef et Rue Nadaud 5ème étage, Appt N° 10 Bourgogne - Casablanca

Tél.: 05 22 22 29 92 - Email : lahrichiamina@hotmail.fr

① purifiant Baume hydratant  
Appr après le shampooing

~~Dr. LAHRICHI Amina~~  
~~DERMATOLOGUE~~  
~~Angle 239 Bd. Moulay Youssef~~  
~~et Rue Nadaoua 2ème Etage N° 10~~  
~~CASABLANCA~~  
~~Tél : 05 22 22 29 92~~

319334 6 118001 103041

**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334 6 118001 103041

**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334 6 118001 103041

**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

0667460371