

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



ND: 39577 M.H.

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0011932**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 9411 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ELIDRISSI AMIRI Youssef Date de naissance : 06/04/71  
Adresse :  
Tél. : 0663497004 Total des frais engagés : Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/06/2020  
Nom et prénom du malade : ELIDRISSI AMIRI AKRAM Age :  
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'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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

## Diagnostique 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

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**

# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 16/06/20        | consultation      | C3                    | 300 DHS                         |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <b>MACIE AYMANE</b><br><b>EDACH KAMAL</b><br>Val Fleuri 3 Bis, Rue Henri<br>Sidense, Casablanca<br>tél/Fax: 0522 99 69 21 | 16/06/20 | 184,80                |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

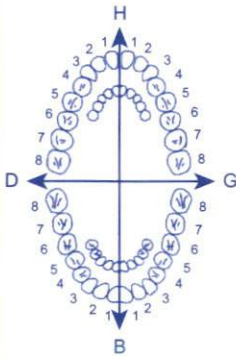
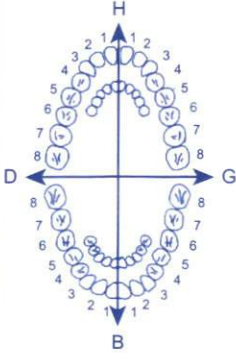
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient         |                         |
|---|---|------------------|---------------------|-------------------------|
|    |   |                  |                     | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   |   |                  |                     |                         |
|   |   |                  |                     |                         |
|   |   |                  |                     |                         |
|   |   |                  |                     |                         |
|   |   |                  |                     |                         |
|   |   |                  |                     |                         |
|   |   |                  |                     |                         |
|   |   |                  |                     |                         |
|   |   |                  |                     |                         |
| <b>O.D.F</b><br><b>PROTHESES DENTAIRES</b>  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>                     H<br/>                     25533412<br/>                     00000000<br/>                     D                 </div> <div>                     21433552<br/>                     00000000<br/>                     G<br/>                     00000000<br/>                     35533411<br/>                     B                 </div> </div> |                  |                     | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |                     |                         |
|   |   |                  |                     |                         |
|   |   |                  |                     |                         |
|   |   |                  |                     |                         |
|   |   |                  |                     |                         |
|   |   |                  |                     |                         |
|   |   |                  |                     |                         |
|   |   |                  |                     |                         |
|   |   |                  |                     |                         |
|  |   |                  |                     | MONTANTS DES SOINS      |
|   |   |                  |                     |                         |
|   |   |                  |                     |                         |
|   |   |                  |                     |                         |
|   |   |                  |                     |                         |
|   |   |                  |                     |                         |
|   |   |                  |                     |                         |
|   |   |                  |                     |                         |
|   |   |                  |                     |                         |
|   |   |                  |                     |                         |
|   |   |                  | DATE DU DEVIS       |                         |
|   |   |                  |                     |                         |
|   |   |                  | DATE DE L'EXECUTION |                         |
|   |   |                  |                     |                         |
|   |   |                  |                     |                         |
|   |   |                  |                     |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Professeur Souad HABIB EDDINE

Spécialiste en Dermatologie Vénérologie  
Ex Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca  
Dermatologie Pédiatrique  
Lauréate de l'Université de Bordeaux 2 :  
Dermatologie Esthétique, Lasers, Cosmétologique

Sur rendez-vous

# الدكتورة سعاد حبيب الدين

إختصاصية في الأمراض الجلدية و التناسلية  
أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء  
أمراض الجلد عند الأطفال  
حاصلة على دبلوم طب التجميل و الليزر من جامعة بوردو 2

بالموعد

Casablanca, le 16 06 2020 في: الدار البيضاء،

E L IDRISI Amiri Akram

4/ front Mykiss = 1 egg x 21  
3960  
4/ Clevidene = 1 egg x 10  
2000  
3/ Excipiel L10 Lipo Colchic  
1 egg

4/ dave Celia V gel anti-rugosité  
9050  
1/ Myzel: 6 ovir x 15

6/ Curore = 8 skin  
3490  
1 egg x 10  
1 egg  
1 egg  
2 ovir / 2 egg x 2 egg

LOT : 7005  
UT AV : 12 - 22  
P.P.V : 34 DH 70

زاوية شارع الزرقطوني، زنقة ابن بوريد، إقامة نزيهة 2، الطابق الثاني (مقابل ثانوية شوقي) - الدار البيضاء  
Angle Bd. Zerktouni, Rue Ibn Bourid - Résidence Naziha II bureau 2ème étage (en Face du Lycée Chawki) Casablanca

الهاتف : 05 22 99 31 99 Tél. :

8/ DS Hair Shampoo anti-pellic  
à l'aloevé avec

DS Hair doux

Professeur HABIB EDDINE Soud  
Dermatologue - Vénérologue  
Angle Bd. Mohammed VI - 2ème Etage  
Casablanca - Tél : 022.99.31.99