

## 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

- Réclamation : 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-596268

53672

Maladie       Dentaire       Optique       Autres  
 Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 017883      Société : RAM  
 Actif       Pensionné(e)       Autre :  
 Nom & Prénom : MOUAKKAS BRAHIM  
 Date de naissance : 06/06/2046  
 Adresse : CHAMPS ARSALANE 2CE MAULOUK 1  
 CHAMPS DE COURSE FES  
 Tél. : 06 66 135753      Total des frais engagés : 759,00      Dhs

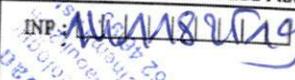
Cadre réservé au Médecin

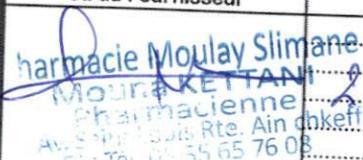
Cachet du médecin :   
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : MOUAKKAS BRAHIM      Age : 74  
 Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant  
 Nature de la maladie : dermatose  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère 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 : FES      Le : 21 / 12 / 2020

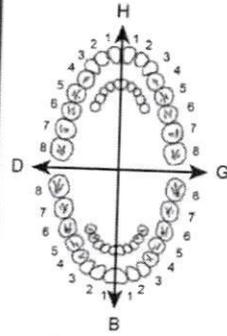
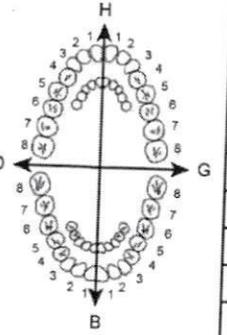
Signature de l'adhérent(e) :

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
12/20	04		2500	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/12/2020	509.40

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canauxaires, 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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				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

# Dr Widad SLAOUI

Ep Dr. Guennoun

DERMATOLOGUE VENEREOLOGUE

Diplômée de la Faculté de  
médecine de Casablanca  
Diplômée en Dermatologie  
Esthétique et Chirurgicale  
Paris - France

Maladies de la peau cheveux et ongles  
Maladies sexuellement transmissible  
Dermatologie pédiatrique  
Allergologie cutanée  
Esthétique Médical - laser  
Chirurgie de la peau



# الدكتورة ویداء السلاوي

حرم ل. كئون

أخصائية الأمراض الجلدية والتناسلية

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

خريجة كلية الطب بباريس

في التجميل والجراحة الجلدية

الأمراض الجلدية، الشعر والأضافر

الأمراض المنقولة جنسيا

الأمراض الجلدية عند الأطفال

حساسية الجلد

الطب التجميلي - ليزر

جراحة الجلد

Fès le : 21/12/2020 : فاس في :

OUKKAS BRAHIM

- TOPIALYSE GEL LAVANT VISAGE CORPS ET CHEVEUX  
lavage mains corps et cheveux
- CERAVE BAUME HYDRATANT PQT 200 ml  
1 appl le matin et a chaque sensation de grattage pd 2 mois
- Cleniderm - crème dermique  
1 appl , soir, pendant 15 j puis 1 soir, sur 2 pd 15 j sur les zones prugineuses
- XYCET  
1 cp le soir pd 1 mois



Pharmacie Moulay Slimane  
Mouna KETTANI  
Pharmacienne  
9, Av. Saint Louis Rte. Ain Anker  
Fès Tél: 05 35 65 76 3

RDV en ligne sur Dabadoc 24h/24

Bureaux Annour, Avenue Slaoui, Bureau 205, 2ème Etage (en Face cinéma Astor)

Tél : 05 35 62 46 96 / GSM : 06 94 72 21 13

E-mail : widadslaoui@yahoo.fr / Site web : drslaoui-dermatolaser-fes.com