

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-586045

61770



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

8329

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

REGRAVI

Saïd

Date de naissance :

26/11/62

Adresse :

26 Rue Oud Dergaz - C1. Casablanca

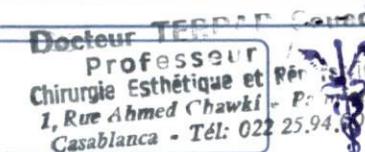
Tél. :

0661322291

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

24/12/2020

Date de consultation :

REGRAVI Aida



Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

liposucre

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 : 03/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

### 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
21/12/2022			1.000,00	INP : 09111367911 Dr.

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet de Pharmacien ou du Coopérant	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TALL ARAUCARIA Tall Salam Casablanca 13/05/2022	24.12.2022	566,60

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : _____
				COEFFICIENT DES TRAVAUX _____
				MONTANTS DES SOINS _____
				DEBUT D'EXECUTION _____
				FIN D'EXECUTION _____
				COEFFICIENT DES TRAVAUX _____
				MONTANTS DES SOINS _____
				DATE DU DEVIS _____
				DATE DE L'EXECUTION _____
<b>ODF PROTHESES DENTAIRES</b>				<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>
				H 25533412 21433552 00000000 00000000
				D 00000000 00000000 35533411 11433553
				B _____
				<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
				<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>
				<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>



Clinique  
les papillons

مصحة الغراشات

Casablanca le

24/12/2022

الدار البيضاء

LOT 200546  
EXP 04/2023  
PPV 83.20DH

LOT 200546  
EXP 04/2023  
PPV 83.20DH

15.30

PPV 15DH30  
Dermazinc

79DH00

114.00

(4)

5m - 114,00

Regragui Ado

①

Spectine

1yp x 21g

500

S

P

Doloprene

500 g

S

1gd x 41g

S

Additive sp eff orange

Teplastatin.

S

Elastoplaste 10cm

SP

large 1 Rouleau -

168.00

Cycloplast gel

100g x 210-

S P

15

23.90

Diprolene crème

x 215 -

15

PHARMACIE ARAUCARIA  
Hicham TALI Pharmacie  
42, Rue d'Ifrane Hay Salam

Casablanca

Tél. 05 22 36 13 05 / 05 22 39 61 05

566.60

Docteur TERRIB Scoud  
Professeur A.  
Chirurgie Esthétique et Réparatrice  
1, Rue Ahmed Chawki - Palmiere  
Casablanca - Tel: 022 25.94.00

PHARMACIE ARAUCARIA  
Hicham TALI Pharmacie  
42, Rue d'Ifrane Hay Salam Casablanca  
Tél. 0522 36 13 05 Fax: 0522 36 13 05

# Docteur Souad TERRAB

Ex. Enseignante à la Faculté  
de Médecine de Casablanca  
Lauréate du DIU Européen  
de Lasers - Université PARIS VI  
Médecin Spécialiste

*Chirurgie plastique Esthétique  
et réparatrice - Brûlés*

# الدكتورة سعاد التراب

أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء  
حائزة على диплом الأوروبي  
لليزر بجامعة باريس VI  
طبيبة اختصاصية  
في جراحة التقويم  
والتجميل والمحروقين

Casablanca le .....

02/01/2021

الدار البيضاء في

Capté - rendu opération

Mme Regragui Aicha age 46  
20 ans, sans ATCD particuliers  
présente un masse graisseuse  
de 10 cm de diamètre, progressant  
au niveau de la cuisse, envahit  
depuis 1 an, bien individualisé  
à l'échographie.  
Elle a été opérée le 24 Dec 2020

o Be clair au larynx  
des sedation + Anesthésie locale.

Revoir le gosse de la

nuit par aspiration

les autres opérations sont ok

exemples -



Clinique  
les papillons

مصحة الغراسات

Reçu de Caisse

N° 0040069

Nom :

REGRAWEI

Prénom :

MARIE ANNE

Montant :

2000 DT

Date de sortie :

24-12-2020

Chambre :

15

Réglé par M.

Signature

Signature du Caissier :

CLINIQUE LES PAPILLONS  
23, Rue des Papillons - Oasis  
Casablanca - Maroc 20331  
Tél : +212 22 33 30 123

# CLINIQUE LES PAPILLONS

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

Téléphone 05 22 98 30 35

Fax : 05 22 98 31 32

## F A C T U R E

N° : **3643 / 2020** du **24/12/2020**

Nom patient **REGRAGUI MAZILI AIDA**

Entrée **24/12/2020**

**PAYANTS**

Sortie **24/12/2020**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>FORFAIT</b>	1,00		<b>7 000,00</b>	<b>7 000,00</b>
<b>Total Autres prestations</b>				<b>7 000,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

SEPT MILLE DIRHAMS

**Total 7 000,00**



# CLINIQUE LES PAPILLONS

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

Téléphone 05 22 98 30 35

Fax : 05 22 98 31 32

Casablanca

## BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 24/12/2020 Heure 08:16

Nom et Prénom du patient MmeREGRAGUI MAZILI AIDA Age ou Date Naissance 21 - 14/12/2000

N° Cin du patient ou du tuteur BK647407

Adresse 25 RUE OUEDMERZEG HAY ESSALAM CASA

Téléphone 0661876036

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant TERRAB SOUAD

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0

Motif d'hospitalisation LIPOME

Affiliation à une couverture maladie NON

### Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

Nom et prénom du signataire :

Signature

### Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 24/12/2020 Heure 12:00 Durée d'hospitalisation (jours) 0

Nom et prénom du signataire

Signature