

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

- 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° W19-586587

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM**

Matricule : **6441** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **LAANARTI NOHANE**

Date de naissance : **09/04/1985**

Adresse : **Csa**

Tél. : **0661060093** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. Naila DRAOU**
Dermatologue - Vénérologue
405, Bd. El Qods 1er Etage
N° 6 Ain Chock - Casablanca
Tél/Fax : 05 22 21 60 00

Date de consultation : **25/03/2021**

Nom et prénom du malade : **LAANARTI Lina** Age : **18 ans**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : **Aff. de peau**

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 : **Csa** Le : **30/03/2021**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-586587

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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
25/03/2021		530004		INP : 101942804 Dr. Naila DRAOU Dermatologue - Vénérologue 405, Bd EL Qods 1er Etage N° 6 Ain Chock - Casablanca Tél/Fax : 05 22 21 60 00

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
PHARMACIE JARDINS POLO Avenue Des Jardins SEKKAT Avenue Atlantide N° 102 Bis Polo Casablanca - Tél : 05 22 52 74 00	25/03/2021
Rajaa SEKKAT Docteur en Pharmacie N° 102 Bis Polo Casablanca - Tél : 05 22 52 74 00	
735,10	

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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														



Docteur Naila DRAOU

Dermatologue Vénérologue

Doctorat et spécialité à la Faculté de Médecine de Casablanca
Diplôme de cosmétologie - Médecine Esthétique et Lasers à
la Faculté de Médecine de Besançon (France).

Peau - ongles - cheveux - médecine esthétique - chirurgie - épilation et traitements lasers

Casablanca, le : 25/03/2024

Madame, Monsieur : Dr. Naila Draou

249,00

① Curacne 20 g

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Curacne 20mg cap molle b30
P.P.V : 289,00 DH



6 118001 180721

152,90

Curacne 20 g

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Curacne 10mg cap molle b30
P.P.V : 152,20 DH



6 118001 180714

23,90

② Dipolen

Importateur Exclusif
BIOCODEX MAROC
B.P 126 Nouaceur
www.biocodex.ma
P.P.C.: 270,00 DH

CE N° 50/2016/DMP/20/DM

23125/01

Kelocote

Naila DRAOU
Dermatologue Vénérologue

405 Bd Al Ouds, Résidence El Anik, 1^{er} étage N° 6, Ain Chok - Casablanca

Tel: 05 22 21 60 00 / 05 22 21 21 08 - E-mail: drdraounaila@gmail.com

شارع القدس، إقامة السكن الانيق، عمارة 405، الطابق الأول، الدار البيضاء

PHARMACIE JARDINS POLO
Naila Draou
Pharmacia SEKKAT
Importateur en Pharmacie
Avenue Atlantide, N° 60, B.P. 100
Casablanca - Tél: 05 22 52 70 00



Docteur Naila DRAOU
Dermatologue Vénérologue

Note d'honoraires N° : 4794/21

A la suite de la consultation du 25/03/2021

Dr Naila DRAOU, médecin spécialiste présente à M

Laamont Lima

Domicilié(e) Pts youssef me 10 villa n°1

Suivant l'usage, la note d'honoraires qui s'élève à la somme
de : 300 Dhs , réglée : ☒ Espèces, ☐ Chèque,

En vous souhaitant bonne réception.

Casablanca, le : 25/03/2021

Dr. Naila DRAOU
Dermatologue Vénérologue

405, Bd Al Qods, Résidence Essakane El Anik,
1^{er} étage N°6, Ain Chok - Casablanca.

Tél. / Fax : 05 22 21 60 00

405, Bd Al Qods, Résidence Essakane El Anik, 1^{er} étage N° 6, Ain Chok - Casablanca
Patente : 34017974 - IF : 14449999 - ICE : 001678412000015 - INPE : 131072894 - CNSS : 9707409

Tél. / Fax : 05 22 21 60 00 - E-mail : drdraounaila@gmail.com

شارع القدس، إقامة السكن الانيق، عمارة 405، الطابق الاول رقم 6 - الدار البيضاء