

# **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**

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| O Réclamation                      | : <a href="mailto:contact@mupras.com">contact@mupras.com</a>   |
| O Prise en charge                  | : <a href="mailto:pec@mupras.com">pec@mupras.com</a>           |
| O Adhésion et changement de statut | : <a href="mailto:adhesion@mupras.com">adhesion@mupras.com</a> |

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.

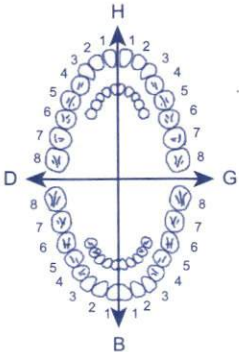
**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

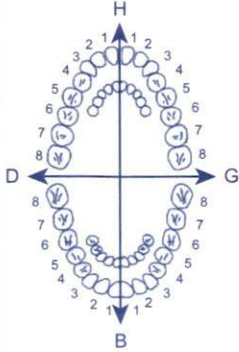
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## 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		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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





**Dr. Ahmad DAABOUL**  
**Spécialiste**

**Dermatologie - Cosmétologie**  
**Vénérologie - Allergologie**  
**Médecine Esthétique & Anti-âge**  
**Mésothérapie - LASER**



**الدكتور أحمد دعبول**  
**اختصاصي**  
**في أمراض وجراحة الجلد**  
**والشعر والأظافر - الليزر**  
**الطب التجميلي**



PT210729123354

CASABLANCA, 12 août 2021

Mlle KHIZZOU Rim

214,00

1/ ISIS PHARMA TEEN DERM GEL sensitive  
pour laver le visage matin et soir

214,50

2/ TEEN DERM K GEL CRÈME  
application le matin

280,50

3/ TEEN DERM ?-PURE GEL CRÈME  
application le soir

465,00

4/ CEBELIA CRÈME DÉPIGMENTANT  
matin et soir

290,00

5/ NEOTONE EYES CONTOUR DES YEUX  
matin et soir

388,00

6/ BIRETIX ULTRA SPRAY (CORPS)  
matin et soir sur les imperfections

450,00

7/ ENEOMEY SUNLIGHT SCREEN 50 +  
application par 2 heures

2302,00

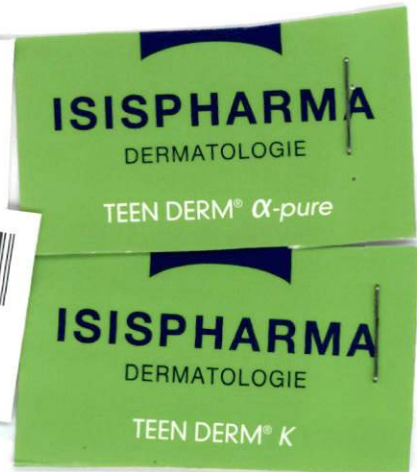
**PHARMACIE DAOUSSI**  
Docteur en Pharmacie  
38, Lot Al Chimania Sidi Maârouf  
Casablanca



3 401381 755492



3 031500 311409



S 002  
04/22



3 760054 604001



3 760269 770393

**ISISPHARMA, spécialiste de l'homéostasie cutanée.**  
La peau a la capacité extraordinaire de se régénérer en permanence. Cet équilibre dynamique est appelé HOMÉOSTASIE. Grâce à une sélection d'actifs spécifiques, les produits ISISPHARMA respectent les cycles naturels de la peau et lui permettent de retrouver son équilibre physiologique.  
Produits testés sous contrôle dermatologique  
Conception dans nos laboratoires selon une charte de formulation stricte et éthique  
Fabrication 100% française

**ISISPHARMA, specialist in skin homeostasis.**  
The skin has the extraordinary ability to regenerate itself permanently. This dynamic balance is known as HOMEOSTASIS. Thanks to a selection of specific active ingredients, ISISPHARMA products respect the natural cycles of the skin and help it recover its physiological balance.  
Products tested under dermatological control  
Conception in our laboratories following a strict and ethical formulation charter  
100% Made in France

**ISISPHARMA, especialista en homeostasis de la piel.**  
La piel tiene la capacidad extraordinaria de regenerarse permanentemente. Este equilibrio dinámico se conoce como HOMEOSTASIS. Gracias a una selección de activos específicos, los productos ISISPHARMA respetan los ciclos naturales de la piel y le permiten recuperar su equilibrio fisiológico.  
Productos probados bajo control dermatológico  
Concepción en nuestros laboratorios siguiendo una carta de formulación estricta y ética  
Fabricación 100% francesa

CNP 6341164



8 470001 945761

BATCH / LOT:



cantabria labs

778, Boulevard elq  
Tél : 05 22 21 2

esthetique.com



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25		250	

Dr. DAAROUSSI  
Dermatologue - Oculophtalmologie  
Médecin de la Société Royale de Médecine - LASER  
806, Bd El Qods, Day Chrifa Appt N°1  
Casablanca - Tél: (0522) 21 21 31

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Montant de la Facture	Date	Montant de la Facture
2302,00	12/18/21	

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Montant des Honoraires	Désignation des Coefficients	Date	Montant des Honoraires
------------------------	------------------------------	------	------------------------

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Nom et signature du Praticien	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 :

Veillez 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														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																
	<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																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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° M21- 061290

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

80 821

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8350 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : RIM KHIZZOU  
 Date de naissance : 08-11-1995  
 Adresse : Sidi Maarouf, lot. charaf  
 Tél. : 0664.062.290 Total des frais engagés :

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/08/21  
 Nom et prénom du malade : RIM KHIZZOU Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Amy  
 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. J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : / /  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019