

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-654394

docteur Aïc



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13292			
Société :			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : OUAZAHROU Houda			
Date de naissance : 07-12-1991			
Adresse : Résidence Noudia, Immeuble R, 3 <sup>e</sup> étage, n° 14, Casablanca			
Tél. : 0653987941 Total des frais engagés : 784.10 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 03/01/2022 Casablanca			
Nom et prénom du malade : OUAZAHROU Houda Age: 30 ans			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : URTICARE			
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 : Casablanca

Le : 12/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :



N° W21-654394

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/122	153.10
	31/122	271.00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

### VOLET ADHERENT

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

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur

## Salwa CHAOUI El Faiz

Dermatologue

Infections sexuellement transmissibles

Chirurgie de la peau et des ongles

Dermatologie Esthétique - Lasers

Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca

Diplômée en dermatologie esthétique et lasers.

Versailles - France



# الدكتورة

## سلوى الشاوي الفائز

أخصائية أمراض الجلد، الشعر والأظافر

الأمراض المتنقلة جنسيا

جراحة الجلد والأظافر

طب التجميل والعلاج بالليزر

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

دبلوم طب التجميل والعلاج بالليزر.

فرساي - فرنسا

الدار البيضاء في ..... Casablanca le 03. janvier 2022

Xycet® 5 mg  
Lévoacetaminophénol chlorhydrate  
30 Comprimés enrobés

PROMOPHARM S.A.

Barcode: 6 118000 242666

89,90

### Mme OUAZAHROU Houda

1/ XYCET 5 MG BOITE 15/ 30

1 cp / jour le soir , pendant 15 jours

2/ Zyrtec 10mg cp

1 par jour le soir 15 jours

3/ ACM SENSITHELIAL GEL NETTOYANT SURGRAS

145,00

pour la toilette du visage et du corps

4/ ACM SENSITHELIAL SOIN EMOLLIENT

1 appl / j sur corps



Dr. SALWA CHAOUI EL FAIZ  
DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE  
INPE: 031239723  
38, Bd Bir Anazarane 1er Etg.  
Casablanca  
Tél: 0522 230 549

Dr. SALWA CHAOUI EL FAIZ  
DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE  
INPE: 031239723  
38, Bd Bir Anazarane 1er Etg.  
Casablanca  
Tél: 0522 230 549

38, Bd Bir Anazarane (Proximité de la mosquée) - Résidence Ennour, 1<sup>er</sup> Etage, Maarif, Casablanca  
شارع بير أنزاران (قرب المسجد) - إقامة النور، الطابق الأول، المغاريف، الدار البيضاء

+212 522 230 549 @ drsalwachaoui@gmail.com

Docteur

Salwa CHAOUI El Faiz

Dermatologue

Infections sexuellement transmissibles

Chirurgie de la peau et des ongles

Dermatologie Esthétique - Lasers

Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca

Diplômée en dermatologie esthétique et lasers.

Versailles - France



الدكتورة  
سلوى الشاوي الفائز

أخصائية أمراض الجلد، الشعر والأظافر

الأمراض المنشورة جنسيا

جراحة الجلد والأظافر

طب التجميل والعلاج بالليزر

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

دبلوم طب التجميل والعلاج بالليزر.

فرنسي - فرنسا

الدار البيضاء في ..... Casablanca le ..... 10 janvier 2022 .....

Mme OUAZAHROU Houda

1/ XYCET 5 MG BOITE 15/ 30

1 cp / jour le soir , pendant 15 jours

2/ CADITAR SHAMPOOING ANTISEBORRHEIQUE

pour laver le cheveux 2 à 3 fois / semaine

3/ LABIXTEN 20 MG CP

1 cp / j matin pendant 15 jours

4/ CLENIDERM CRÈME

1 appl / jour le soir sur les zones concernées en petite  
pendant 10 jours



38, Bd Bir Anazarane (Proximité de la mosquée) - Résidence Ennour, 1<sup>er</sup> Etage, Maarrakech

شارع بن اثزان (قرب المسجد) - إقامة النور، الطابق الأول، المعاريف، الدار البيضاء 38

+212 522 230 549 @drsalwachou@gmail.com