

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0005449

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5849 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ABOUFAID MOSTAFA  
 Date de naissance : 14/07/1965  
 Adresse : 60 TELWAHDA 2 N° 306 DEROUA  
 Tél. : 0667 312701 Total des frais engagés : 250 + 861,13 + 14 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 27/06/2022  
 Nom et prénom du malade : ABOUFAID Mostafa Age : 55 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Dermatose  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : 28/07/2022  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



### 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
27/06/22	C2		2000	
06/07/22	C		6	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/06/22	864,15

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

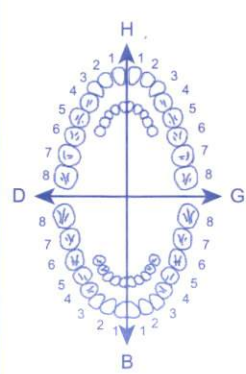
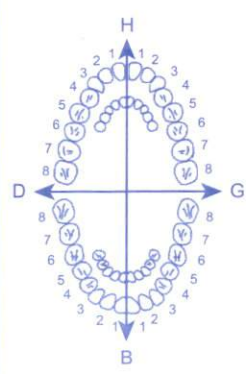
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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															
				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	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. M. BOU-OUHRICH

Spécialiste en Dermatologie  
Maladies Vénériennes  
et Maladies du Cuir Chevelure

Médecin Expert Près les Tribunaux

اختصاصي في أمراض الجلد  
والشعر و الأمراض التناسلية

طبيب خبير محلف داخل المحاكم

Casablanca le

24 / 06 / 2022

M<sup>r</sup> ABOU FAID N°

DOXYMYCINE® 200 mg 10 comprimés dispersibles

PPV 70DH00 EXP 08/2023  
LOT 140211

DOXYMYCINE® 200 mg 10 comprimés dispersibles

PPV 70DH00 EXP 08/2023  
LOT 140211

1 - Doxymycine 200

1 cpl soir au coucher avec  
un grand verre d'eau.  
pendant 1 mois.

2 - Bactospray = 103,60

BACTOSPRAY

LOT: B1B77  
EXP: 09/2024  
PPC: 148.00DH

1 pulvérisation x 2/j sur  
les lésions / du corps.  
pendant 2 semaines

3 - Eryfluid ~~lotion~~

ERYFLUID 4%  
LOTION FL 100 ML

P.P.V : 67DH20

LOT : 21E005  
PER: 05 2023  
6 118000 0106

1 app x 1/j (2 soir) pendant  
1 mois sur les régions du  
corps.



4 - Tralitone DS.  
175,00  
1 app x 21 j  
au niveau du

5 - Psorilis & Folio  
140,00  
1 app x 21 sm  
22h puis laver le cuir  
chevelu le lendemain.

6 - Skinosalic Folio  
3470  
1 appl (soir) pot  
puis 1 appl 2x (soir) pot 7 jours  
au niveau du cuir chevelu.

7 - Derma gel surgras 156,25  
861,15  
Pour se laver le corps.



BATCH / LOT:

Tel: 022 521 77

EL HAJI FORD

Pharmacien

**Psorilis**

Tel: 022 521 77

140,00

EL HAJI FORD

Pharmacien

LOT : 8456

UT. AV: 04 - 25

P.P.V: 34 DH 70

**Skinosalic**



**DR BENTALEB RYM**  
Dermato - Vénérologue  
172 Rue Oul Hass-Maarif  
Casablanca 20661 18 65 18

DR Bentaleb.

Dr. M. BOU-OUHRICH

Spécialiste en Dermatologie  
Maladies Vénériennes  
et Maladies du Cuir Chevelure

Médecin Expert Près les Tribunaux

الدكتور م. بو و حريش

اختصاصي في أمراض الجلد  
والشعر و الأمراض التناسلية

طبيب خبير محلف داخل المحاكم

Casablanca le .....

06/04/2022

Mr ABOU FAID ME ANINE

110,00

1 - Doxymicyne 100



1 cp/soir au coucher avec  
un grand verre d'eau  
pendant 1 mois.

48 -



DR BENALI  
Dermatologue  
172 Rue Cadi Y  
Casablanca/Tel: 006