

## 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, parodontologie 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° W21-690758

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9696 Société : 130352

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Laïla OUSI BEN OMAR  
Spécialiste en Dermatologie-Vénérologie  
Laser

Date de consultation : 14 Avenue des Nations Unies, Agdal - Rabat 30-08-2022

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Dermite

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 : 12/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-690758

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
12-08-2022		162	730	INP: 101117182

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MACIE AL WARD 398 08 - N.1 NPE:102094356	12-8-22	766,10

# 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
		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.

# 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	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 COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Laïla Ousi Benomar  
Spécialiste en Dermatologie Vénérologie Laser  
Diplômée de la Faculté de médecine de Lille  
Tél. : 05-37-77-79-95  
05-37-77-77-65

Nikel Neet

Rabat le 12-08-2022

84.20 x 2  
84.20

Ketoderm gel marquant / sachets  
3x / seel alee = / de noli  
- / de noli  
- / de noli  
- / de noli

صيدلية الورد  
PHARMACIE AL WARD  
شارع محمد الخامس مشرق الورد  
Tél: 05 37 58 98 08 - N.1.C.2  
INPE: 102094356

صيدلية الورد  
PHARMACIE AL WARD  
شارع محمد الخامس مشرق الورد  
Tél: 05 37 58 98 08 - N.1.C.2  
INPE: 102094356

- sur la durée:  
- sur le cuir chevelu  
- de sarrils  
- ailles

205 min

de noli

صيدلية الورد  
PHARMACIE AL WARD  
شارع محمد الخامس مشرق الورد  
Tél: 05 37 58 98 08 - N.1.C.2  
INPE: 102094356

Maphar  
Bd Alkima N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Ketoderm 2% gel b8 sachet  
P.P.V : 84,20 DH  
6 116001 181490

Maphar  
Bd Alkima N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Ketoderm 2% gel b8 sachet  
P.P.V : 84,20 DH  
6 116001 181490

27.30 x 3 = 81.90  
Ketoderm alee

02x / 1m / de noli de cuir chevelu  
sarrils + ailles

sur breille des depart.

LOT: 0537  
EXP: 08/2024  
3 323030 000268

Adresse : 14, Avenue des Nations Unies, Agdal Rabat  
Tél. : 05-37-77-79-95 05-37-77-77-65  
ICE : 0016665771000076 IPN : 101117182

صيدلية الورد  
PHARMACIE AL WARD  
شارع محمد الخامس مشرق الورد  
Tél: 05 37 58 98 08 - N.1.C.2  
INPE: 102094356

432.00

30 / Ennial: hake tache

766.50

01x / 1m / de noli de cuir chevelu  
sarrils + ailles

Voie cutanée  
Lire la notice avant utilisation  
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants  
Médicament autorisé n° 34009 333 069 5 3  
  
\*3400933306953\*

Kétoderm® 2 %   
Crème Tube de 10 g  
  
6 118000 010920

Kétoderm® 2 %   
Crème Tube de 10 g  
  
6 118000 010920

Kétoderm® 2 %   
Crème Tube de 10 g  
  
6 118000 010920

Voie cutanée  
Lire la notice avant utilisation  
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants  
Médicament autorisé n° 34009 333 069 5 3  
  
\*3400933306953\*

Voie cutanée  
Lire la notice avant utilisation  
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants  
Médicament autorisé n° 34009 333 069 5 3  
  
\*3400933306953\*