

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W19-556781

la  
Larouci

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 617

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Bensmame Azzeddine

Date de naissance : 17/06/1961

Adresse : C, Rue IBN HAJAR Appt n° 11

AGDAL / RABAT

Tél. : 06 61 48 66 94 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Zoubida ALIQUA

Dermato - Vénérologue

8, Rue Amman - Rabat

Tél.: 0537 70 35 42-GSM: 0655 39 29 29

Date de consultation : 24/09/2022

Nom et prénom du malade : Bensmame Blita. Age: 62

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : artériane

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-556781

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

#### **BELEVE 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
21/09/2022	CS		300700	INPI Dr. Zoubida ARIOUA Vénérologue Bab Ezzouar - Rabat 0555 09 29

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien  
du Fournisseur

Date

**Montant de la Facture**

21

29 | 23

211109121 39 20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Dat

### Désignation des Coefficients

**Montant  
des Honoraires**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

**Cachet et signature  
du Particien**

Date des  
Spins

**Nombre**

### **Montant détaillé des Honoraires**

#### **VIOLET ADHESIVE**

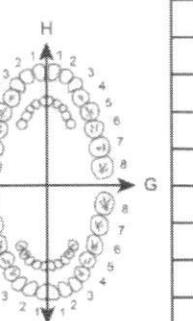
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **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 canalaire, 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433562
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

$$\begin{array}{c} H \\ | \\ 2 \ 1 \end{array}$$

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Zoubida ALIOUA ép. Sandi

### **Ex. Médecin Capitaine Dermatologue**

## à l'Hôpital Militaire de Rabat

## DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE

(Femmes - Hommes - Enfant)

Spécialiste des Maladies de la Peau, des Cheveux, des Ongles

#### **Spécialiste des Infections Sexuellement Transmissibles**

Chirurgie Dermatologique - Médecine Esthétique

#### **Traitement par LASER**



الدكتورة زينة عليوة ح الصندى

طبيعة اختصاصية سابقاً بالمستشفى العسكري بالرياض

ساع - حا - اطفا

allgemeine Schule in der Stadt

سازمان اسناد و کتابخانه ملی ایران

وَجِئْنَا بِكُلِّ مُتَرَاجِعٍ

לעג ותבש

الرباط في : ..... Rabat le : .....

24/09/2022

## Mlle BENOSMANE GHITA

73.40 1 - ERLUS 5MG

un cp par jour pendant 30 jours le matin

88,402 - AIRLIX 10MG

un cp par jour pendant 30 jours après midi

4945 3 - TARAKET CP 25 MG (24, 30 + 2)

(chaque Jour(s), 1 COMPRISE au coucher, pendant 2 Mois)

T211.CD

**HARMACHE EN AMINE**

Tel: 0527 27 26 20  
Fax: 0527 27 26 20

D. ZAKOURA - Vénéréologue  
Dermato - Vénéréologue  
à l'Hôpital Armanet - Rabat

Tel: 033 70 59 42 GSM: 0655 39 29 20

زنقة عمان، شارع علال بن عبد الله، درج س الطاقي الثالث الرياط - (أمام فندق الملكي)

8. Rue Amman, Av. ALLAI. Ben Abdellah, Escalier C, 3ème étage - RABAT (Face à l'hôtel Royal)

ICE : 001634498000062 - INP : 101101632



# Docteur Zoubida ALIOUA ép. Sandi

Ex. Médecin Capitaine Dermatologue  
à l'Hôpital Militaire de Rabat  
**DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE**  
(Femmes - Hommes - Enfant)  
Spécialiste des Maladies de la Peau, des Cheveux, des Ongles  
Spécialiste des Infections Sexuellement Transmissibles  
Chirurgie Dermatologique - Médecine Esthétique  
Traitement par LASER



# الدكتورة زبيدة عليوة © الصندي

طبيبة اختصاصية سابقاً بالمستشفى العسكري بالرباط  
نساء - رجال - أطفال  
اختصاصية في أمراض الجلد والشعر والأظافر  
اختصاصية في الأمراض المتنقلة جنسياً والحساسية  
جراحة الجلد - طب التجميل  
العلاج بالليزر

Rabat le : ..... 24/09/2022 ..... الرباط في :

Dr Zoubida Benomar Olite

(1)  
39,70

quinidiné ure  
2 poches poches  
ovelle

281.44.144  
Tél. 05 37 22 49 32  
PHARMACIE EL ALLAI  
Rue Amman, Av. ALLAI. Ben Abdellah, Escalier C, 3ème étage - RABAT (Face à l'hôtel Royal)

Zoubida ALIOUA  
Dermatologue  
GSM: 0655 38 21 29

فوسيدين® 2%  
كريم أنبوب من 15 غ

39,70

8. زنقة عمان، شارع علال بن عبد الله، درج س الطابق الثالث الرباط - (أمام فندق الملكي)

8. Rue Amman, Av. ALLAI. Ben Abdellah, Escalier C, 3ème étage - RABAT (Face à l'hôtel Royal)

الهاتف : Tél : 05 37 70 35 42 - البريد الإلكتروني : Email : zoubida.alioua@gmail.com - GSM : 06 55 39 29 29

ICE : 001634498000062 - INP : 101101632