

## 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.

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

Nº W21-697061

133066

### Maladie

### Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2296

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LATILORE

RACHID

Date de naissance : 01/01/56

Adresse : LOT LA COLLINE II N°10 CALIFORNIE

Tél. : 066151849

Total des frais engagés :

#389,600 Dhs

Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 12/10/2022

13/01/2022  
Docteur Lalla IRAOUI  
Cermatologue - Vénérologue  
25 Bd. Temara M'sala  
Allal Ben Abdellah Ain Chock  
Casablanca

13/01/2022  
Lahlou ISmail  
Age: 11 ans  
Nolluscum Contagiosum

## **RELEVE 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
05/05/2022	S	1	10000	IN PAYER Dr. Lamine Aïn Chokha Signature : Dr. Lamine Aïn Chokha

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

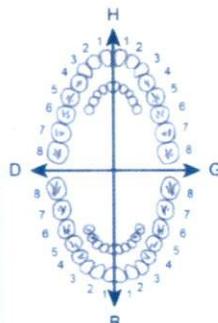
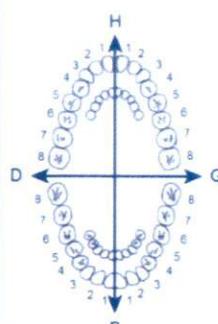
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>													
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>H</b></td> <td style="text-align: center;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>B</b></td> <td style="text-align: center;"><b>A</b></td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession</p>			<b>H</b>	<b>G</b>	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	<b>B</b>	<b>A</b>	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
<b>H</b>	<b>G</b>													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
<b>B</b>	<b>A</b>													
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>										
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>										

# الدكتورة ليلى عراقي

Docteur Laila IRAQI

Dermatologue - Venérologue  
Spécialiste

Maladies de la peau, des Ongles et des Cheveux  
Maladies Sexuellement Transmissibles  
Chirurgie de la peau  
Cosmétologie - Allergologie  
Epilation Laser  
Ancienne Attachée du CHU Ibn Rochd  
de Casablanca

الأمراض الجلدية - الأمراض التنسالية  
اختصاصية

في أمراض الجلد الأضافر والشعر  
الأمراض التنسالية جراحة الجلد

طب التجميل والحساسية

إزالة الشعر بالليزر

ملحقة ساقاً بالمركز الاستشفائي الجامعي  
ابن رشد بالبيضاء

Casablanca, le ..... 05/10/2021 ..... البيضاء، في

N° 178,50

Lahlou Ismail

① Nutrihex Solution (A10).

Le doc. sur les lésions  
37,60 Dirosalic formide (tube 30g)

② Le matin sur les lésions  
78,50 Dermasept gel Lavant

3 fois par semaine pour le  
nettoyage

④ 95, Biogel kids CP effervescent 1  
Im CP chad jeun le Latin

(1 = 15 cm)

شارع تمارا - رقم 234 - الطابق الأول - المصلى - حي مولاي عبد الله - عين الشق - الدار البيضاء

Boulevard Temara - N° 234 - 1er étage Hay Moulay Abdellah M'saalih Aïn Chok - Casablanca

Demandant

L : 755 / AVR 2025  
L : 37 DH 60

LOT: 6707  
EXP: 03/24  
PPC: 78.50DH

دليلى عاصي - ٦٣٣٦٦٣  
رقم: ٥٣١٦٩٦٣

# MOLUTREX

5% HYDROXYDE DE POTASSIUM  
SOLUTION POUR APPLICATION  
LOCALE CUTANEE

2020-08  
2023-08  
012023



Lot N° à consommer de préférence avant fin:

BIOAR Multivitamines KIDS bte 20

PPC: 95.00 DH

U.A.V.: 10/2023

Lot: 0282/11

IPHADERM

3 | 160049 | 895254

Poids net: 50 g  
Net weight: 50 g

# MULTI VITAMINES

