

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

N° W21-666176

135 818

|   |  |  |                                 |
|---|--|--|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input type="checkbox"/> Optique             | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)              |  |  |                                 |
| Matricule :                                 | 1535   | Société :                                    |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif              | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :             | Maarsufi Abderrazzak            |
| Nom & Prénom :                              |  | 01-01-1936                                   |                                 |
| Date de naissance :                         |  | 12 Rue MAHJED TMOUR                          |                                 |
| Adresse :                                   |  | C 178A                                       |                                 |
| Tél. :                                      |  | 07 01 88 98 91                               |                                 |
|   |  | Total des frais engagés : 350,000.678,60 Dhs |                                 |

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019   | Cadre réservé au Médecin  |  |  |
|   | Cachet du médecin :   | Dr. AFAILAL Lalla Aya<br>Spécialiste en Dermato-Vénérologue<br>6, Quartier des Hôpitaux - Casablanca<br>Tél. : 05 22 20 56 49 - Fax : 05 22 22 75 30 |  |
| Date de consultation :  | Nom et prénom du malade : Maarsufi Tousif Age: 82                 |  |  |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même                                 | Copain Dr. AFAILAL Lalla Aya<br>Spécialiste en Dermato-Vénérologue<br>6, Quartier des Hôpitaux - Casablanca  |  |
| Nature de la maladie :  | En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dermofit |  |  |
| 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) :



31 OCT 2022

Le : / /

ACCUEIL

I. BOUZZACHANE

| 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  |
| 12/09/2012 C3                  |                   | 1                     | 350.00                          | INP : 097002840<br>Dr. AFAILAL Lalla A<br>Spécialiste en Dermato-Vénéréologie<br>6, Quartier des Hôpitaux - Casablanca<br>Tél. 05 22 20 56 49 - Fax. 05 22 20 56 49 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |            |                       |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|  | 20/09/2012 | 678.60                |

| ANALYSES - RADIGRAPHIES                             |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| 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.

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>                        |   |  |
| <b>MONTANTS DES SOINS</b>                             |   |  |
| <b>DEBUT D'EXECUTION</b>                              |   |  |
| <b>FIN D'EXECUTION</b>                                |   |  |
| <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>                        | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  |  |
|   | H 25533412 21433552<br>00000000 00000000  |  |
|   | D 00000000 00000000<br>35533411 11433553  |  |
| <b>MONTANTS DES SOINS</b>                             | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |
| <b>DATE DU DEVIS</b>                                  |   |  |
| <b>DATE DE L'EXECUTION</b>                            |   |  |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b> |   | <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b> |

# Dr. Aziza AFAILAL

Spécialiste en Dermatologie

et Vénérologie

Ex. Enseignante à la Faculté  
de Médecine de Casablanca

Médecine Esthétique

Chirurgie Dermatologique

et Laser

الدكتورة عزيزة أفيال

اختصاصية في الأمراض الجلدية

و التناصيلية

أستاذة سابقا بكلية الطب

بالدار البيضاء

طب التجميل

الجراحة الجلدية

و الليزر

Casablanca, le

20/09/2022

الدار البيضاء، في :

7<sup>me</sup> NAROUA TOURIA

Maphar  
Bd Alkmia N° 6, Q1,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Mycoster 8% sol 13ml  
P.P.V : 146,60 DH  
5 118001 182589

AM81 0225  
LOT  
Prix : 98.00

- 98.00 1 - Nettoyer les pieds au **AS** Alcastane
- 20.00 2 - Liner et bander les pieds
- 20.00 3 - Crème Tegnuca **AS** 50ml et 50ml
- 146.60 4 - Nycolta vernis, Yolk en englature
- 165.00 5 - DCP 5% une **AS** 20ml et 20ml
- 109.50 6 - attacher + 2 serviette
- 109.50 7 - Tegnuca 2x 1g **AS** 100g  
à 2mls (2x5mls)
- 678.60

LOT: 220136  
PER: 03-2024  
PFV: 70,00DH

Dr. AFAILAL  
Spécialiste en Dermatologie  
6, Avenue des Hôpitaux - Casablanca  
Tél: 0522 20 56 49 - Fax : 0522 22 75 30  
Certifiaut CHANIDI, Aida, Mounir-OASIS

6, Avenue des Hôpitaux - Résidence du Parc 2<sup>ème</sup> étage - Quartier des Hôpitaux - Casablanca

Tél.: 0522 20 56 49 - Fax : 0522 22 75 30 / E-mail : a.affiliate@gmail.com