

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

N° M21- 0060619

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07050 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraitée
Nom & Prénom : LAAQIRA RACHIDA
Date de naissance : 20/08/1963
Adresse : Habituée
Tél : 0661888131 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Nada SRIFI
Dermatologue Vénérologue
Bd Al Quods, Rés Les Roitiers
Imm 1, App 124, Ain Chock
Casablanca Tél / Fax : 0522 87 57 18

Date de consultation : 05/10/2022
Nom et prénom du malade : Laaqrira Rachida Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Dermatose
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 : 05/10/2022
Signature de l'adhérent(e) : Laaqrira

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
05/10/22			30000	
11/10/22			61	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	5/10/22	600

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
		A M	P C	I M	I V	

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

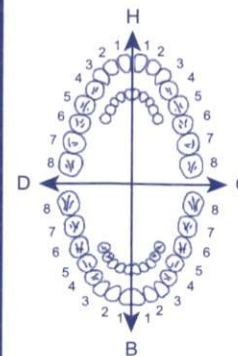
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

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

Dr. NADA SRIFI

Dermatologue - vénéréologue

CHIRURGIE - ESTHÉTIQUE - LASERS

Ancien Médecin à l'hôpital universitaire Suissi - Rabat

Ancien Médecin des hôpitaux de Paris

Membre de la société Européenne de Dermatologie
et de Vénéréologie

Diplômée en :

Dermatologie pédiatrique (Nice - France)

Lasers Dermatologie (Bordeaux - France)

Technique d'injection et de comblement

Esthétiques du visage (Paris - France)

د. ندى اسريفي

طبيبة الأمراض الجلدية و التناسلية

جراحة الجلد - الليزر - التجميل

طبيبة سابقة بمستشفى السويسي بالرباط

طبيبة سابقة بمستشفيات باريس - فرنسا

عضوة بالأكاديمية الأوروبية لطب الجلد

حاصلة على دبلوم في

الأمراض الجلدية للأطفال (نيس - فرنسا)

طب الليزر (بورديو - فرنسا)

التقويم التجميلي للوجه (باريس - فرنسا)

ORDONNANCE

05/10/2022

Casablanca le :

Patient (e)

Nom - Prénom : Madame LAAQIRA RACHIDA

PPV: 138.30 DH
LOT: 649400
PER: 03/24

1) AUGMENTIN 500 ADULTE (cp)

2 cp en une prise, 3 fois par jour après les repas pendant

2) RACIPER 20 mg

1 cp après le petit déjeuner pendant 8 jours

3) BIOTINA GELULES

1 gélule avant le déjeuner pendant 7 jours

4) BACTOSPRAY

Une pulvérisation deux fois par jour pendant 7 jours

5) COMPRESSES STERILES

6) FUCIDINE POMMADE

Appliquer matin et soir pendant 7 jours

7) URGO ROULEAU

PHARMACIE ACH-CHARAF

Dr. Bouchra TAQOUDI

Coopérative Ach-charaf, N° DM2

Hay Inara, Haddaouia - CASABLANCA

Tél.: 05 22 21 64 09

LOT: 21048A
EXP: 02/2023
PPC: 280.000DH

BACTOSPRAY

LOT: 2205016

EXP: 06/2025

PPC: 148.000DH

فوسيدين 2%
مرهم
أنبوب من 15 غ

39.70

Dr. NADA SRIFI
Dermatologue Vénéréologue
Bd Al Qods, Rés. Les Rosiers
Imm 1, Appt 124, Ain Chock
Casablanca Tél / Fax: 052 21 64 09