

# 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° P19-0036978

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10575 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BOUGRIN LAID  
 Date de naissance : 17/02/1967  
 Adresse : LOT EL WAFAH n°33 DEROUA  
 Tél. : 0662746069 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/01/2022  
 Nom et prénom du malade : Bougrin Ayna Age : 20  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Aene  
 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 : 1/



### 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
12/11/22	Cs	1	300,00	Dr. Sofia EL MESBAHI Dermatologue Vénérologue Ras Ryad Al Qods, CH 3 Imam I, N° 6 38 41 Qods SASA - TEL: 022 28 05 59

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية نور الإيمار PHARMACIE NOUR EL IMANE Dr. ELBADAOUILLmane Manzeh 2 N°44 Deroua Tel: 05 20 35 07 57	12/11/2022	441,20

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

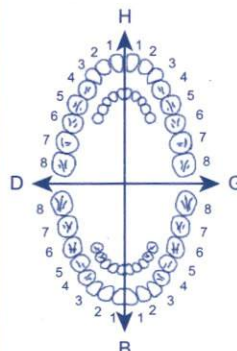
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

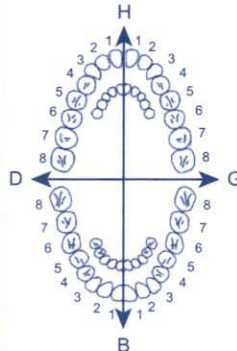
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<table border="1"> <tr><td>H</td></tr> <tr><td>25533412 21433552</td></tr> <tr><td>00000000 00000000</td></tr> <tr><td>D</td></tr> <tr><td>00000000 00000000</td></tr> <tr><td>35533411 11433553</td></tr> <tr><td>G</td></tr> <tr><td>B</td></tr> </table>	H	25533412 21433552	00000000 00000000	D	00000000 00000000	35533411 11433553	G	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H									
	25533412 21433552									
	00000000 00000000									
	D									
	00000000 00000000									
	35533411 11433553									
	G									
	B									
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	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 SOFIA EL MESBAHI

DERMATOLOGUE-VENEROLOGUE  
Specialiste des maladies de la Peau,  
des Ongles et des cheveux  
Maladies Sexuellement Transmissibles  
Allergologie  
Chirurgie de la peau  
Médecine Esthétique (Peeling, Comblement,  
injection de toxine botulique, PRP, Mésothérapie)  
LASER



## الدكتورة صوفيا المصباحي

إختصاصية في أمراض الجلد، الأظافر والشعر  
الأمراض التناسلية  
حساسية الجلد  
التجميل  
الليزر

12/11/2022

Le : .....

**Mr BOUGRIN Ayman**

289,00

**1 - Curacné 20 mg** (NS)

152,15 Comprimé le soir pendant 1 mois

**2 - Curacné 10 mg** (SV)

1 Comprimés le soir pendant 1 mois

**3 - Artelac collyre**

1 Goutte, 3 fois par jour, pendant 1 Mois

**4 - Kelual DS shampooing**

3 fois par semaine pendant 15 jours puis 2 fois par  
semaine ( garder 5 mn et rincer)

T = 441,20

صيدلية الدكتور الإيمانه  
HARMACHE NCUR ELIMANE  
Dr. ELBADAUI Imane  
Manzeh 2 N°64 Deroua  
T: 05 20 35 07 57

Dr. Sofia EL MESBAHI  
Dermatologue Vénérologue  
Rés Ryad Al Qods GH3  
Imm 1, N° 6 - BORDJ BOU  
CASA T: 05 22 38 05 59

Bd Al qods (Angle Bd Haifa) Résidence Ryad Alqods GH3, imm1, Appt 06, 3ème étage, Ain Chock  
شارع القدس (زاوية شارع حيفا) إقامة رياض القدس، عمارة 1 الشقة 6، الطابق 3 عين الشق

Tel/fax: 05 22 38 05 59 الفاكس: 05 22 38 05 59

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Curacne 20mg cap molle

b30  
P.P.V: 289,00 DH



Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Curacne 10mg cap molle b30  
P.P.V: 152,20 DH



DOCTEUR SOFIA EL MESSIRI

DERMATOLOGUE-VENEROLOGUE

Spécialiste des maladies de la Peau

des Ongles et des cheveux

Maladies Sexuellement Transmissibles

Allergologie

Chirurgie de la peau

Médecine Esthétique (peeling, Complément,  
injection bot - toxine botulique Botox, Mesothérapie)

LASER

Le :

Bd Al pods (Angle Bd Haïta) Résidence Ryad Al pods GH3, imm 1, Apt 06, 3ème étage, Ain Chock  
قشاش القشاش (زاوية شة شة) عمل في 1 الشقة 6. الملقب 3 غير الشقة  
Télmax: 06 22 38 06 50: من 25 لفا 25