

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 canaux, 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 canaux.

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° W19-473100

148723

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6474 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL FADEL Wadiq

Date de naissance : 21.12.1961

Adresse : Rue Beckmann RES WISSAN II APPT 6
D. les Hôpitaux Casag

Tél : 0661107955 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. AFILAL Lalla Aziza
Spécialiste en Dermato-Vénérologie
6, Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél. 05 22 20 45 43 - Fax : 05 22 22 75 30

Date de consultation : 25/01/2023

Nom et prénom du malade : EL FADEL WADIQ Age : 61a

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ☒ Maladie chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 6, Quartier des Hôpitaux - Casablanca

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, commander 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 : Casag Le : 08 FEB. 2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



| 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 |
| 25/01/2023 | G | 1 | 3500 | INP: 0910092840 Dr. AFAILAL Lalla A Spécialiste en Dermato-Vénéréologie 6. Quartier des Hôpitaux - Casablanca Tél: 0539 49 49 - Fax: 05 22 49 49 |

Dr. AFAILAL Laila Aziza
Spécialiste en Dermato-Vénérologie
6, Quartier des Beaux-arts - Casablanca
Tel : 05 22 20 53 49 - Fax : 05 22 22 75 77

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacieur ou du dispensaire | Date | Montant de la Facture |
| Pharmacie ELIAS .M Mme SEKKATOUNA 01, Rue Tassoua / Bd Abdeloummer Quartier des Palmiers - Casablanca Tel 0522 27 65 80 | 25/01/23 | 294.60 |

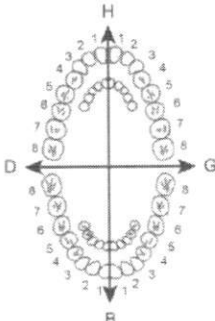
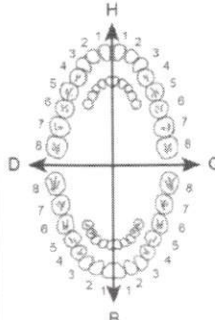
[illegible][illegible]

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 | 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 0000000 0000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 0000000 0000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Aziza AFAILAL

Spécialiste en Dermatologie
et Vénérologie

Ex. Enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca
Médecine Esthétique
Chirurgie Dermatologique
et Laser



611 800115 012 0
DIPROLENE 0,05% Pommade 15g
P.P.V : 23,90DH
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura

الدكتورة عزيزة أفيلايل

اختصاصية في الأمراض الجلدية
والتاسلية
أستاذة سابقا بكلية الطب
بالدار البيضاء
طب التجميل
الجراحة الجلدية
و الليزر

Casablanca, le 25/01/2023 : الدار البيضاء، في

Mme ELFADEL MARIA



1- Nettoyer tout le corps à l'huile d'olive

2- Xémise finche et finche

2390 x 5 pour l'application de Eryema, Diproline

3- X 2 fois par jour + 10g 1 fois par jour

4- X 2 fois par jour 1g de crème au matin

5- X 2 fois par jour 1g de crème au soir

6- X 2 fois par jour 1g de crème au matin

7- X 2 fois par jour 1g de crème au soir

8- X 2 fois par jour 1g de crème au matin

9- X 2 fois par jour 1g de crème au soir

10- X 2 fois par jour 1g de crème au matin

11- X 2 fois par jour 1g de crème au soir

12- X 2 fois par jour 1g de crème au matin



13- Lipikar Baume AP+

14- X 2 fois par jour 1g de crème au matin

15- X 2 fois par jour 1g de crème au soir

16- X 2 fois par jour 1g de crème au matin

17- X 2 fois par jour 1g de crème au soir

AFAILAL Laila Aziza
Spécialiste en Dermato-Vénérologie
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
05 22 20 56 49 - Fax : 05 22 22 75 30

Pharmacie LILAS
Mme. SEKKAT Laila
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél/Fax : 0522 27 65 80