

# 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

M22- 0055862

151674

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8962

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ABDELWAHI

JAMAL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661303998

Total des frais engagés :

414 DH

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. OUDAHIRI Lamia  
Dermatologue-vénérologue  
46, Bd. Afghanistan Gr. 2 2ème étage  
Hay Hassani Casa Tél: 05 22 20 45 45

Date de consultation : 01/03/2023

Nom et prénom du malade : ABDELWAHD ZAKARIA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

DERMATOSE

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie

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 :


Le : 03/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

[illegible][illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	<p>01.03</p> <p>23</p>	<p>114.30</p>

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	$\frac{0123}{23}$	$14.30$

[illegible]

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

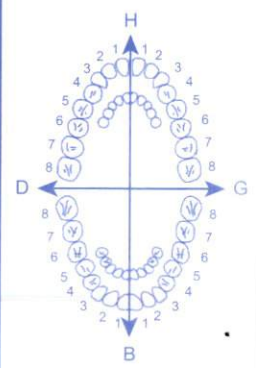
[illegible][illegible]

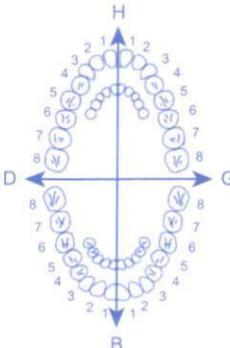
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

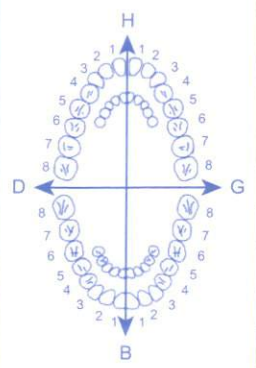
**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

**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		
						MONTANTS DES SOINS	
						DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION		



O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient des Travaux												
	<p>H</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	D	G													
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
	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'exécution													
<input type="text"/>															
<input type="text"/>															
<input type="text"/>															



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Lamia Oudrhiri

**Dermatologue - Vénérologue**

Dermatologie Générale Adulte et Enfant

Maladies Sexuellement Transmissibles

Dermato - Allergologie

Dermatologie Esthétique - Lasers

DIU Européen des Lasers Médicaux Paris VI

DIU de Dermatologie Esthétique Versailles Saint Quentin

DIU de Dermatologie Chirurgicale Versailles Saint Quentin

DIU des Techniques d'Injections (Botox, Comblement) Nice

DIU de Dermatologie Pédiatrique Nice



الدركتور لمياء ودغيري

أخصائية الأمراض الجلدية و التناسلية

أمراض و جراحة الجلد و الشعر و الأظافر

الأمراض المنقولة جنسيا - حساسية الجلد

الطب التجميلي ( تقشير - بوطكس - فيلرز )

العلاج بالليزر ( إزالة الشعر و الوشم و الندوب )

الدبلوم الجامعي في العلاج بالليزر من جامعة باريس

الدبلوم الجامعي في طب التجميل من جامعة فرساي سان كونتان

الدبلوم الجامعي في جراحة الجلد من جامعة فرساي سان كونتان

الدبلوم الجامعي في الحقن التجميلي للبوطكس و الفيلرز من جامعة نيس

الدبلوم الجامعي في أمراض الجلد عند الأطفال من جامعة نيس

Casablanca, le .....

01/03/2023,

Monsieur ABDELWAHD ZAKARIA

1 ) EFFACLAR H ISO BIOME CREME LAVANTE 200 ml

à rincer

2 ) SVR SUN SECURE BLUR ECRAN SOLAIRE SPF50

toutes les 02 heures

3 ) AVENE TOLERANCE CONTROL CREME

1 soir sur deux sur tout le visage 02 mois

4 ) VICHY NORMADERM PHYTO SOLUTION SOIN QUOTIDIEN

1 soir sur deux sur les boutons et marques fine noisette visage 02 mois

5 ) CLENIDERM CREME / TUBE 30G

1 fois l'apres midi 05 jours sur les lésions des oreilles

6 ) KETODERM (CREME 2%/TUBE 10G)

une application par jour le soir sur lésions des oreilles pendant un mois

7 ) TETRALYSAL GELULES 300 MG

une gelule le soir pendant 15 jours apres repas



Pharmacie HND  
Lot. Municipal Bloc 1  
N°516 Bis Hay Hassani  
Casa - Tél: 05 22 914 457



46, شارع افغانستان المجموعة 2، الطابق 2، الحي الحسني - الدار البيضاء - الهاتف / الفاكس : 0522 90 01 01 - المحمول : 06 66 48 22 54

46, Bd Afghanistan, groupe 2, 2<sup>ème</sup> étage, Hay Hassani - Casablanca - GSM : 06 66 48 22 54

Tél / Fax : 05 22 90 01 01 - E-mail : oudrhirlamia@gmail.com - Site Web : www.dr-lamiaoudrhiri.com