

## 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'adéquation du soin dans le temps et la facture de l'antécédent sont à joindre à la feuille de soins.

EQUATION

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

■ Pour le

- 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº W21-623137

158864

|   |                                       |  |                                 |
|---|---------------------------------------|--|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique       | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)              |                                       |  |                                 |
| Matricule :                                 | 9113                                  | Société :                              | R.A.M.                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif   | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :       |                                 |
| Nom & Prénom : ELZOHAF YOUSSEF              |                                       |  |                                 |
| Date de naissance :                         |                                       |  |                                 |
| Adresse :                                   |                                       |  |                                 |
| Tél. : 06 20 03 20 40                       |                                       | Total des frais engagés : + 980,80 Dhs |                                 |

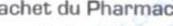
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Class 301

Signature de l'adhérent(e) :

✓

1

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |          |                       |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|  | 27/12/23 | 680,80                |

| ANALYSES - RADIographies                            |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

| AUXILIAIRES MEDICAUX                  |                   |        |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |  |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature<br>du Particulier | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES  |                   |                     |             |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|---|-------------------|---------------------|-------------|--|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.  |                   |                     |             |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.  |                   |                     |             |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |                   |                     |             | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |                   |                     |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |                   |                     |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |                   |                     |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |                   |                     |             | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |                   |                     |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |                   |                     |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |                   |                     |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |                   |                     |             | <b>O.D.F</b><br><b>PROTHESES DENTAIRES</b>   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| <b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  |                   |                     |             |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |                   |                     |             |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> |                   |                     |             |  | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | G | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 |
| H   | 25533412          | 21433552            |             |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| D   | 00000000          | 00000000            |             |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| G   | 00000000          | 00000000            |             |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| B   | 35533411          | 11433553            |             |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                   |                     |             |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |                   |                     |             |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>   |                   |                     |             |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>  |                   |                     |             |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |

Professeur ZOUHAIR Kawtar

Dermatologie - Vénérologie  
Dermato - Allergologie  
Dermatologie Esthétique  
Laser



## الكتورة زهيد كوتل

## الجلدية والتناسلية الحساسية أختصاصية في الأمراض وعلم التجميل واللينز

## Casablanca, le

٩٨١٩١٩٣

Al M3zahaf Yasmin

289,00 x 2  
12

✓ Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Q1,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Curacne 20mg cap molle  
b-20

6 118001 18072

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Casablanca

Sidi Bernoussi, Casablanca  
Curacne 20mg cap molle

b30  
P.P.V : 289,00-DH

51,408 ~~4~~ 2

LOT: 130113  
PER: 024  
PPV: 51.40 3H  
**\$1,40**

SELENEZOUHAIR KAWAII  
Dermatologue, App 208  
522862270/17 - 0661506399  
Fax: 0522865373  
Boulevard du Souvenir, App 208  
522862270/17 - 0661506399

PHARMACIE MURIN  
Rue 13 Lissasta - El Menzel  
Tél: 0522 85 13 88

0522 86 53 73 - 0661 50 63 99 - الفاكس: 0522 86 22 17 - العدد: 452 عبد المؤمن سنتن رابية أنوال - العنوان: شقة رقم 207 الطابق الثاني فوق بريوش ذهبي الهاتف: 207, Abdelmoumen Center, Angle Anoual-Abdelmoumen, Appt N°207, 2ème étage au dessus de la brioche dorée  
Tél.: 0522 86 22 20 - 0522 86 22 17 / GSM: 0661 50 63 99 / Fax: 0522 86 53 73

E-mail: [zouhair.kawtar@gmail.com](mailto:zouhair.kawtar@gmail.com) البريد الإلكتروني:



Casablanca, le :

27 FEV. 2023

Quelle Essaouf Yasmine

1er Laver au Teeu derm gel  
de Sar est

2e: Tolerance extrême  
Acné  
dermati

3e: Hysiac 3Re gel  
15h 21h

4e: Enolys 10  
15h 21h

5°) Sme flcure flcule  
10h - 13h - 16h

6°) Fcicidme cemme  
Le Sar x 10<sup>j</sup>

7°) Stein - strip 6m

8°) Prof'm duo Sel

15/2

Prof'meur ZOUHAIR Kalti  
Angle Anouai Abelmoumen, APC 214  
Tél.: 0522862220 17 - 0661506393  
Fax: 0522865373