

## 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 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



## Déclaration de Maladie

N° W21-797983

### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6417

Actif

Pensionné(e)

Société : R. A. M.

Nom & Prénom : Ousslim

Autre

Othmane

Date de naissance : dd 10 1963

Adresse : habituelle

Tél. : 0661461838

Total des frais engagés : 1256 Dhs

### Optique

### Autres

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Naila DRAOU  
Dermatologue - Vénérologue  
22 Bd. El Qods Rés. Jetco  
Ain Chock - Casablanca  
Tel 05 22 21 60 00 / 05 22 21 21 53

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Nasli Ines Age:

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casa Le : 01/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

## 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
27/06/2023	5	3000H		INP : 1310912834

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ANISSA 312 Lot Zoubir Casablanca 05 2289 34 94	21 06 23	956,00

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	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	INP : <input type="text"/>														
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>														
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**CABINET  
DERMATOLOGIQUE  
ESTHETIQUE & LASER**  
Docteur Naïla Draou

Maladies de la peau • Cheveux • Ongles • Chirurgie Dermatologique • Mésothérapie • Microneedling • Laser épilatoire • Laser CO2 • Toxine Botulique • Comblements • Peeling • Rajeunissement non invasif

Doctorat et spécialité à la faculté de médecine de Casablanca  
Diplôme de Cosmétologie Médecine Esthétique et Lasers à La Faculté de Médecine de Besançon (France)

Dr. Naila DRAOU  
Dermatologue - Vénérologue  
22. Bd. El Qods Rés. Jet. enter Elg.  
Ain Chock - Casablanca  
Tel. 0522 21 60 00 / 0522 21 21 00

289.00  
289.00

① Cirané 2 mg  
51.00 14/15 pris

PHARMACIE ANISSA  
312 Lot Zoubir  
Casablanca  
Tél: 05.22.89.34.94

14/15 à 1 mois

289.00

② Hylocinet  
289.00

PHARMACIE ANISSA  
312 Lot Zoubir  
Casablanca  
Tél: 05.22.89.34.94

14/15 à 1 mois

Dr. Naila DRAOU  
Dermatologue - Vénérologue  
22. Bd. El Qods Rés. Jet. enter Elg.  
Ain Chock - Casablanca  
Tel. 0522 21 60 00 / 0522 21 21 00

22 Bd El-Qods. Résidence JETCENTER, 1er étage Ain Chock- Casablanca

22 Bd El-Qods, Résidence JETCENTER, 1er étage Ain Chock- Casablanca  
05 22 21 60 00 / 05 22 21 21 08 [drdraounaila@gmail.com](mailto:drdraounaila@gmail.com)



Maladies de la peau • Cheveux • Ongles • Chirurgie Dermatologique • Mésothérapie • Microneedling  
Laser épilatoire • Laser CO2 • Toxine Botulique • Comblements • Peeling • Rajeunissement non invasif

21/06/2023

**ICE : 0016784712000015**

**INPE : 131072894**

**Mme MOUSLIM Inas**

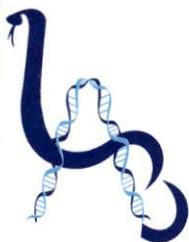
**NOTE D'HONORAIRE**

<b>Actes</b>	<b>Montant</b>
consultation	300,00
<b>Total :</b>	<b>300,00</b>

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de :

**TROIS CENTS DIRHAMS**

Dr. Naïla DRAOU  
Dermatologue Vénérologue  
22 Bd. El Qods Résidence JETCENTER  
Ain Chock Casablanca  
Tel. 0522 21 60 00 / 0522 21 21 08



**Dr. DADOUNE Loubna**  
Médecin Biologiste

Biochimie - Hématologie - Bactériologie - Immunologie Parasitologie  
Mycologie - Hormonologie - Virologie - Test Covid-19 autorisé

# مختبر التحاليل الطبية دعاء للاج

*Laboratoire d'analyses médicales DOUALAB*

**Dr. DADOUNE Loubna**  
Médecin Biologiste

Biochimie - Hématologie - Bactériologie - Immunologie Parasitologie  
Mycologie - Hormonologie - Virologie - Test Covid-19 autorisé

## Compte rendu d'analyses

**Mlle MOUSLIM Inas**

Date de naissance : 28/11/2004

Prélèvement du: 30/05/2023 9:52

Dossier N° : 300523634

Page : 1 / 1

## BIOCHIMIE

Triglycérides	0,40	g/l	( Inférieur à 1,5 )	0,33 (03/05/23)
	0,46	mmol/l	( Inférieur à 1,5 )	
Cholestérol Total	1,85	g/L	( 1,5 - 2,4 )	1,68 (03/05/23)
	4,77	mmol/L	( 3,87 - 6,19 )	

## TRANSAMINASES

ASAT ( Aspartate Aminotransférase )	10	UI/L	( Inférieur à 40 )	6 (03/05/23)
ALAT ( Alanine Aminotransférase )	9	UI/L	( Inférieur à 40 )	10 (03/05/23)

**DOUALAB**  
Dr DADOUNE Loubna  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
138 Lot Habiba Haj Fatah Oulfa  
(Prés mosquée Haj Fatah) Casablanca  
Gsm: +212 623 700 300 - Tél: +212 522 900 300  
Fax: +212 522 900 700

Bilan validé Biologiquement Le

138، تجزئة حبيبة الحاج فاتح الألفة (قرب مسجد الحاج فاتح) - الدار البيضاء - الهاتف: (0522) 900 300 - الفاكس: (0522) 900 700

138, Lottissement Habiba Haj Fatah Oulfa (Prés Mosquée Haj Fatah) Casablanca - Tél.: (0522) 900 300 - Fax : (0522) 900 700

Patente : 36225779 - RC : 400950 - IF : 40481510 - CNSS : 9044752 - ICE : 0004353000000002