

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

Maladie

Dentaire

Optique **187666**  Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **5516**

Société : **R.A.M**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Azmani Rajaa veuve HOUDELMOSTAFA**

Date de naissance : **09.07.1968**

Adresse : **Rue din chifa Res.Rouya 3<sup>e</sup> étage ap 12 Bourgogne**

Tél. : **0667792995** Total des frais engagés : **792,48** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **29.11.2023**

Nom et prénom du malade : **Karim HAFIZA** Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Encephalopathie**

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 29.11.2023**

Signature de l'adhérent(e) :



### RELEVE 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
29/11/23	CS		300,00	<i>Dr. Jean BELANGER Vétérinaire Burgosie 1er étage N°2 Casablanca 271-922</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ATELIER PHARMA 1	29/11/23	369,88

### ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ARRIÈRE

### RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

### ODF PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
H	25533412 00000000	21433552 00000000
D	00000000 35533411	00000000 11433553
G		
B		
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

*Docteur Leïla BENAMAR*

**DERMATOLOGUE - VÉNÉRÉOLOGUE**

Spécialiste des maladies de la peau  
de l'ongle et du cuir chevelu  
Maladies sexuellement transmissibles  
Cosmétologie, Allergologie  
et Chirurgie de la Peau



**الدكتورة ليلا بنعمر**

اختصاصية في أمراض الجلد، الأظافر والشعر  
الأمراض التناسلية، التجميل  
حساسية الجلد، جراحة الجلد

Casablanca, le ..... **29/11/2023**

**HOUD KARIM**

**1 - ATODerm huile douche**

laver visage et corps

**2 - SENSITHELIAL EMOLIENT**

APPLIQUER LE SOIR ET LE MATIN VISAGE ET CORPS

**3 - Xyzall 5mg**

1 Comprimé le soir 15 J

**4 - Diprosone crème**

LE SOIR ZONES ECZEMA 15 J

*PHARMACIE NICE  
150 Bd Bourgogne  
Tél: 05 22 27 38 27  
Fax: 05 22 27 38 39*

*Dr Leïla BENAMAR  
Dermatologue - Vénéréologue  
150 Bd Bourgogne 1er étage  
Tél: 0522 273 827 - Casablanca*

150, Bd de Bourgogne Résidence Firas Jassim 1er étage N°2 Bourgogne - Casablanca - Tél.: 05 22 27 38 27 - GSM : 0680 18 80 13  
شارع بورگون، إقامة فراس جاسم، الطابق الأول، رقم 2 بورگون، الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 27 38 27 - المحمول: 0680 18 80 13

*Ch, 10*

DIPROSONE 0,05 %  
crème



6 118000 050216

# دیپروزون® 0,05% کریم

بیتامیتاژون  
للهن فقط

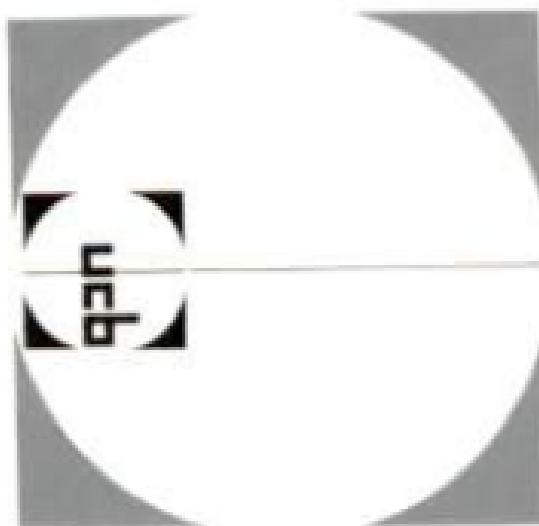


دیپروزون® 0,05%  
کریم



N°Z11G00P/Z1NRG00N  
Boîte de 14 comprimés pelliculés

# Xyzall 5 mg



P P V 4 0 1 0

EXP 12 2026

LOT 230300 1

**Xyzall® 5 mg**

Dichlorhydrate de Lévocétirizine

**14 comprimés pelliculés**

