

## 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-776807

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1324 Société : Rehva  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Rehva  
 Nom & Prénom : EL ASLY Mohamed  
 Date de naissance : 1938  
 Adresse : Sidi Taarouf I Rue 57 N°80 CASA  
 Tél : 0661813320 Total des frais engagés : 395,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Laila MERZOUG  
 Dermatologue  
 184, Angle, Bd 2 Mars et Bd El Fida,  
 Rés La Perla 3ème Etage N°13 - Casablanca  
 Tél: 05 22 82 09 24 06 66 03 01 63  
 Date de consultation : 05-01-2024  
 Nom et prénom du malade : NOUARI Saâdine Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection Dermatologique  
 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDDP N° : A-A-215/2019

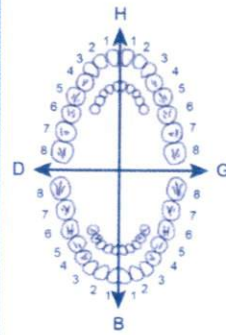
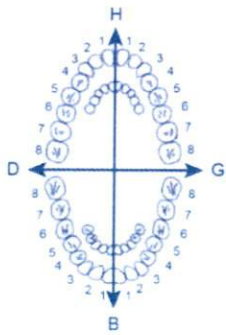


| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES |                   |                       |                                 |  |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes                | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes   |
| 05.01.2024                     | C2                |                       | 300                             | INP : 0191174444<br>Dr. Laila MERZOUG<br>Dermatologue<br>184, Angle, Bd 2 mars et Bd El Fida,<br>rés La Perla 3ème Etg, N°13 - Casablanca<br>Tél: 05 22 62 09 22 - 06 66 03 01 63<br>INPE: 091174114 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |            |                       |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|  | 05/01/2024 | 35,80<br>032073035    |

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

| AUXILIAIRES MEDICAUX             |                |        |    |    |    |                                 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES  |  |                  |                     |   |     |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |
|---|--|------------------|---------------------|---|-----|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|--|-----|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                        |  |                  |                     |   |     |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |
| Important :<br>Veuillez 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 : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]     |     |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |
|    |  |                  |                     | COEFFICIENT DES TRAVAUX                           | [ ] |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |
|   |  |                  |                     | MONTANTS DES SOINS                                | [ ] |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |
|   |  |                  |                     | DEBUT D'EXECUTION                                 | [ ] |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |
|   |  |                  |                     | FIN D'EXECUTION                                   | [ ] |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |
|   |  |                  |                     |   |     |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |
|   |  |                  |                     |   |     |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |
|   |  |                  |                     |   |     |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |
|   |  |                  |                     |   |     |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |
|   |  |                  |                     |   |     |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |
|   |  |                  |                     |   |     |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |                     |   |     |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |
|   | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <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 colspan="2">B</td> </tr> </table> |                  |                     | H   |     | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  | [ ] |
|   | H  |                  |                     |   |     |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |
|   | 25533412   | 21433552         |                     |   |     |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |
|   | 00000000   | 00000000         |                     |   |     |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |
|   | D  | G                |                     |   |     |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |
|   | 00000000   | 00000000         |                     |   |     |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |
|   | 35533411   | 11433553         |                     |   |     |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |
|   | B  |                  |                     |   |     |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |
|   | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |                     | MONTANTS DES SOINS                                |     | [ ]      |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |
|   |  |                  |                     | DATE DU DEVIS                                     |     | [ ]      |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |
|   |  |                  | DATE DE L'EXECUTION |   | [ ] |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |
|   |  |                  |                     |   |     |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |
|   |  |                  |                     |   |     |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |
|   |  |                  |                     |   |     |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |
|   |  |                  |                     |   |     |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |
|   |  |                  |                     |   |     |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |
|   |  |                  |                     |   |     |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  |  |                  |                     | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |     |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |     |

## Dr. Laila MERZOUG

Spécialiste en Dermatologie et Maladies  
Sexuellement Transmissibles, Dermatologie  
de L'enfant.

Chirurgie de la Peau et des Ongles  
Greffe des Cheveux - Lasers Médecine Esthétique.

Ancien Interne du CHU de Rouen  
Ancien Interne du CHU de Casablanca  
Diplômée du CHU de Paris 5  
Diplômée du CHU de Lyon  
Membre de La Société Française de Dermatologie



Dr. Laila MERZOUG  
DERMATOLOGIST

## الدكتورة ليلي مرزوك

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية  
جراحة الجلد والأظافر وزراعة الشعر

أمراض الجلد عند الأطفال  
طب التجميل و الليزر

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى غون  
طبيبة داخلية سابقة بمستشفى الدار البيضاء  
دبلوم الليزر بجامعة باريس  
دبلوم الجراحة بجامعة ليون  
عضوة بالجمعية الفرنسية للأمراض الجلدية

Casablanca Le, 05-01-2024

Nom: NOUARI Soudia

1) ASCObiol

une cpl soui sur tout le corps.  
sauf le visage.

29,00

2) Albro

PHARMACIE ELA  
Dr LYOUBI - RITA -  
62, Bd. Chou  
ASA - Tél: 0

66,80

3) Flo rizin

une cpl soui / pdt

50 g e

4) Apokale

95,80

Dr. Laila MERZOUG  
Dermatologue  
184, Angle 2 mars et Bd. El Fida,  
3<sup>ème</sup> Etage, N° 13 - Casablanca  
Rég. La Perla 3ème Etg, N° 13 - Casablanca  
Tél: 05 22 82 09 22 - 06 66 03 01 63

184, Angle 2 mars et Bd. El Fida, Résidence la perla, 3<sup>ème</sup> Etage, N° 13 - Casablanca  
زاوية 2 مارس وشارع الفداء، إقامة لايرلا، الطابق الثالث، رقم 13 - الدار البيضاء  
Tél : 05 22 82 09 22 - Gsm : 06 66 03 01 63 - E-mail. merzouglaaila46@gmail.com

