

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### 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

W21-839602

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12620 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : NOURY NOHANE ANINE  
 Date de naissance : 09/12/1988  
 Adresse : VILLA N°9 OCEAN BAY  
 DAR BOU AZZA CASA  
 Tél. : 0665351901 Total des frais engagés : 4.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/1/24  
 Nom et prénom du malade : NOURY NOHANE ANINE Age : 35  
 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

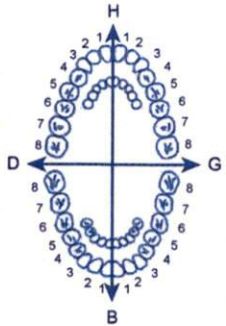
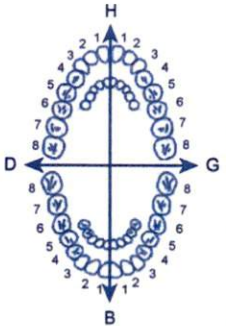


| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES |                   |                       |                                 |  |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes                | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
| 29/11/24                       | G                 |                       | # 200,00                        |  |
| 29/11/24                       | Prothèse dentaire |                       | # 200,00                        |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |      |                       |
|--|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                            |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| 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 |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

| RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF. |  |                  |             |                        |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient | Montant des Honoraires | CCEFFICIENT DES TRAVAUX<br><br>MONTANTS DES SOINS<br><br>DEBUT D'EXECUTION<br><br>FIN D'EXECUTION |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|   |  |                  |             |                        |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|  |  |                  |             |                        |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|  |  |                  |             |                        |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|  |  |                  |             |                        |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|  |  |                  |             |                        |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|  |  |                  |             |                        |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|  |  |                  |             |                        |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|  |  |                  |             |                        |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|  |  |                  |             |                        |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|  |  |                  |             |                        |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br><br><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 | CCEFFICIENT DES TRAVAUX<br><br>MONTANTS DES SOINS<br><br>DATE DU DEVIS<br><br>DATE DE L'EXECUTION |
| H  | 25533412   | 21433552         |             |                        |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
| D  | 00000000   | 00000000         |             |                        |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
| G  | 00000000   | 00000000         |             |                        |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
| B  | 35533411   | 11433553         |             |                        |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|    | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |             |                        | Montant des Honoraires  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|  |  |                  |             |                        |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|  |  |                  |             |                        |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|  |  |                  |             |                        |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|  |  |                  |             |                        |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|  |  |                  |             |                        |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|  |  |                  |             |                        |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|  |  |                  |             |                        |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|  |  |                  |             |                        |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|  |  |                  |             |                        |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS   |  |                  |             |                        | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |

## Docteur Kaoutar Janati

Dermatologue - Vénérologue

Ancien Médecin interne au CHU

Ibn Rochd et à l'Hôpital SAR Moulay El Hassan

Diplômée en Médecine Esthétique

et lasers de l'université de Besançon - France

Maladies de la peau, cuir chevelu, ongles

Allergies - Brûlures - Chirurgie Dermatologique

Médecine Esthétique - Lasers



## الدكتورة كوثر جناتي

إختصاصية في الأمراض الجلدية و التناسلية

طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد

ومستشفى الأمير مولاي الحسن

حاصلة على شهادة طب التجميل

والليزر من جامعة بزنسون فرنسا

أمراض الجلد، الشعر والأظافر، الحساسية

الحروق، جراحة الجلد، طب التجميل، الليزر

Casablanca, le 17/1/2024

MR Nory Mohamed  
Amine

① Dermatologue  
n app J x 205  
n app x 155

Docteur Kaoutar Janati

Dermatologue - Vénérologue

Médecine Esthétique - Lasers

Imm. 1 Rés. Ryad Hay Hassani

Bd. Moulay Toubani 1<sup>er</sup> Etage

Casablanca - Tél : 0522 89 33 99

عمارة 1، رياض الحي الحسني، «أليانس دارنا» شارع أم الربيع، طريق الرحمة الطابق الأول - الدار البيضاء

Imm. 1, Groupe Résidentiel Ryad Hay Hassani (Alliance Darna), Bd Oum Rabii Route Arrahma, 1ère étage - Casablanca

Tél : 0522 89 33 99 / Gsm : 0668 31 87 43 - E-mail : janatikawtar@hotmail.fr

**Docteur Kaoutar Janati**

Dermatologue - Vénérologue

Ancien Médecin interne au CHU

Ibn Rochd et à l'Hôpital SAR Moulay El Hassan

Diplômée en Médecine Esthétique

et lasers de l'université de Besançon - France

Maladies de la peau, cuir chevelu, ongles

Allergies - Brûlures - Chirurgie Dermatologique

Médecine Esthétique - Lasers



**الدكتورة كوثر جناتي**

إختصاصية في الأمراض الجلدية و التناسلية

طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد

ومستشفى الأمير مولاي الحسن

حاصلة على شهادة طب التجميل

والليزر من جامعة بزنسون فرنسا

أمراض الجلد، الشعر والأظافر، الحساسية

الحروق، جراحة الجلد، طب التجميل، الليزر

Casablanca, le : 19/1/2014 -

NOTE d'HONORAIRE

Mr Naby Mohamed MAO

⇒ injection intradermique  
de Conchorde.

Total = \$ 200,000M.

Docteur Kaoutar Janati  
Dermatologue - Vénérologue  
Médecine Esthétique - Lasers  
Imm. 1 Rés. Ryad Hay Hassani  
Bd. Moulay El Hassan 1er étage  
Casablanca - Tél : 05 22 89 33 99

عمارة 1، رياض الحي الحسني، «أليانس دارنا» شارع أم الربيع، طريق الرحمة الطابق الأول - الدار البيضاء

Imm. 1, Groupe Résidentiel Ryad Hay Hassani (Alliance Darna), Bd Oum Rabii Route Arrahma, 1ère étage - Casablanca

Tél : 0522 89 33 99 / Gsm : 0668 31 87 43 - E-mail : janatikawtar@hotmail.fr