

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

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre: Al-Jaïd Ben Abdallah - 1^{er} étage - Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Anwar ben Abdallah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-475312

Ampl ND: 39706

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1765 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre
 Nom & Prénom : ZIZI SANAA Ep. SADDI N.
 Date de naissance : 8.6.64
 Adresse : Res. ALQANTARA. ATLAS 1 App2
 Narta Richi
 Tél. : 0661151975 Total des frais engagés : 316,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/05/2020
 Nom et prénom du malade : ZIZI SANAA Ep. SADDI N.
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Dermatose

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 : Zamalek

Le : 7/05/20

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
07/05/2020	C.S.	2	3.00.00	<i>[Signature]</i> Dermatologue Appt. B-1 Rue Roda Guéliz Tél : 06 48 83 29 - Gsm : 06 13 70 61 09

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Préposé	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i> Pharmacie ENOHOUD Rue de la Pharmacie Tél : 05 24 42 03 57	07-05-2020	16.60

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
		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 :

Veillez 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	DNP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 35533412 21433552 20000000 20000000 D 36000000 20000000 G 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la prothèse		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. Rajaa Elouarradi

- Maladies de la Peau, cheveux et ongles
- Maladies vénériennes
- Allergologie
- Chirurgie de la peau
- Médecine Esthétique

LOT : 19E010
PER: 10 2021

LOCAPRED 0,1%
CREME T15G

P.P.V : 16DH60



الدكتورة الورداني رجاء

- إختصاصية في أمراض الجلد، الشعر و الأظافر
- الأمراض التناسلية
- حساسية الجلد
- جراحة الجلد
- طب التجميل

Marrakech le : 7 mai 2020

Mme. SANAA ZIZI

1. Uriage mousse nettoyante a l'eau thermale

avec massage

2. Avene crème peaux intolérantes

3 app/jour visage

3. Locapred crème

1 app/jour soir sur lésion pendant 5 jours puis 1 soir/2 pendant 5 jours puis arrêt

16.60
Pharmacie L'Esplanade
Boulevard Mohammed VI
Rue de la Santé, Immeuble 1er, en face de Mc Donald's
Tél : 05 24 42 03 57

د. رجاء الورداني
Dermatologue
Immeuble Ennahil 3, Apt. B-1 Rue Roda Guéliz
Marrakech - Tél : 05 24 43 83 29 - Gsm : 06 13 70 61 09