

**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.

**Biologie 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

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° P19- 045904

Maladie     Dentaire     Optique     Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1308    Société : RAT 46047

Actif     Pensionné(e)     Autre :

Nom & Prénom : CARARI Mohamed

Date de naissance : 1949

Adresse : 26 Rue LALAL BEN ABDALLAH CASABLANCA

Tél. : 052284737    Total des frais engagés : Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : LAHABIB RAOUA    Age : /

Lien de parenté :  Lui-même     Conjoint     Enfant

Nature de la maladie : 2e denture

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) :

### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11/09/2020      | C3                |                       | 3000                            |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| <br><b>PHARMACIE JERRADA</b><br>61, Bd Abderrahim Bouabid<br>Oasis - Casablanca<br>Tél: 0522 23 54 49 / 05 22 98 47 20 | 11/09/2020 | 596,50                |

### 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | 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 canalaires, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |                         |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
|---------------------------|---|------------------|-------------|-------------------------|--|---|--|----------|----------|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|--|--|---|--|--|--|-------------------------|
|                           |   |                  |             | Coefficient des Travaux |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
|                           |   |                  |             | Montants des Soins      |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
|                           |   |                  |             | Débit d'exécution       |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
|                           |   |                  |             | Fin d'exécution         |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
|                           |   |                  |             |                         |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
|                           |   |                  |             |                         |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
|                           |   |                  |             |                         |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
|                           |   |                  |             |                         |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
|                           |   |                  |             |                         |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
|                           |   |                  |             |                         |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |             |                         |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
|                           | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="4">B</th> </tr> </tbody> </table> |                  |             | H                       |  | G |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 |  |  | B |  |  |  | Coefficient des Travaux |
|                           | H   |                  | G           |                         |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
|                           | 25533412  | 21433552         | 00000000    | 00000000                |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
|                           | D   | 00000000         | 00000000    | G                       |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
|                           | 35533411  | 11433553         |             |                         |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
|                           | B   |                  |             |                         |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
|                           | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |             | Montants des Soins      |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
|                           |   |                  |             | Date du devis           |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
|                           |   |                  |             | Date de l'exécution     |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
|                           |   |                  |             |                         |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
|                           |   |                  |             |                         |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
|                           |   |                  |             |                         |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
|                           |   |                  |             |                         |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
|                           |   |                  |             |                         |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |
|                           |   |                  |             |                         |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Lot: 200238  
A consommer avant le: 04/2023  
PPC: 79,50 DH

03592610000800  
HR069191  
07 2019  
06 2022

**Spécialiste**

- Maladies de la peau et du cuir cheveu
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Médecine Esthétique - Cosmétologie

دكتورة وادفل مهجة  
Docteur Ouadfel Moh

GTIN: 03592610000800  
LOT: HR069191  
FAB: 07 2019  
تاريخ الصلاحية: 06 2022

- إختصاصية في**
- أمراض الجلد والشعر
  - الأمراض التناسلية
  - الطب التجميلي

DERMATOLOGUE VENEROLOGUE

**PHARMACIE JERRADA**  
61, Bd Abderrahim Bouabid  
Oasis - Casablanca  
Tél: 0522.23.54.49 / 05.22.99.47.20

Casablanca le 1/09/2026

LARABI RAOIA

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Curacné 40mg cap môle b30  
P.P.V: 317,00 DH  
6 118001 183135

517.00

Curacné Gelong

1 cp le soir au coucher

- Zimc Naelys

Égal le matin après le petit déjeuner à 3 mois

Natin

gardez le même traitement

Soir

- continuez le traitement

1 soir / 3

sur rendez vous  
1, rue Abou Adil Hallaf  
(ex rue Edmond Rostand)  
Quartier Gauthier - Casa

Tél. : (0522) 20.91.17/27.17.68/27.83.57

- Nediss 15 / 13

- Cicoplost Baume réparateur 65

13

79.50  D3 NORO gouttes

20 gouttes le matin Après le petit déjeuner.

596,50

→ Lait Lépi White (+)

↳ Lait Lépi White  
20 ;

PHARMACIE JERRADA  
61, Bd Abderrahim Bouabid  
Oasis - Casablanca  
Tél: 0522 23 84 40 / 05 22 99 47 20

  
Dr. OUAFFEL Mohja  
Dermatologue / Gynécologue  
Rue Abou Ala Hall  
(Ex. Rue Edmond Rostand) Gauthier  
Tél: 0522 20 91 17 / 27 17 68 - Casa