

## 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.

### Pathologie 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



NID: 47770

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0024754**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00919 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DARDARI Amel Date de naissance : 22/11/51

Adresse : Hay Attadamoune Rue 103 Oufke

Tél. : 0769854996 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/09/2020

Nom et prénom du malade : DARDARI Amel Age: 62

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : affection chronique

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 : ACCUEIL

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
14/09/2020		1	2000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
YALCOSMETICS SARL 90, bd de l'Anzani - 42 Gardanne - 13000 Tél : 04 91 21 21 21 Email : yalcosmetics@orange.fr	15/09/2020	697,55 DH

# 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													
				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																
			MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CABINET DE DERMATOLOGIE

Médecine et Chirurgie de la peau et du Guir Chevelu  
Maladies Sexuellement Transmissibles  
Dermatologie Esthétique  
Laser Dermatologique

**Docteur Samira MANSOURI**

**DERMATOLOGUE**

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris  
Ancienne Attachée des Hôpitaux de Paris  
Membre de la Société Française de Dermatologie

**الدكتورة سميرة منصوري**

خريجة كلية الطب بباريس  
اختصاصية  
في أمراض وجراحة الجلد

Le 14-09-2020

DARDANI TOURIA

1/ <sup>132,00</sup> PERFECTION

1 copy après petit déjeuner  
Lumès

2/ <sup>627,00</sup> Neoptide Soluh

12 poubates 1/8 Zurs

إقامة ابن النافيس 17، شارع بئر أنزران - معاريف - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 98 49 70 - الفاكس : 05 22 98 49 92

Résidence Ibnou Nafiss - 17, Boulevard Bir Anzarane - Maârif - Casablanca - Tél. : 05 22 98 49 70 - Fax : 05 22 98 49 92



Perfectil 30 CP

PVC : 189,00 DH

Ut Av :	Lot :
30/09/2022	146629

Iphabiotics

5 "U<1<03"<40UYU">

**Ingredients:** Bulking agent: Maltodextrin & Microcrystalline Cellulose, Magnesium Oxide, Vitamin C (Ascorbic Acid), Tablet Coating: (Natural Source Colours [Titanium Dioxide, Iron Oxides], Hydroxypropylmethylcellulose, Hydroxypropylcellulose, Caprylic/Capric Triglyceride, Microcrystalline Cellulose, Stearic Acid), Zinc Sulphate, Grape Seed Extract, Ferrous Fumarate, Anti-caking agents: Silicon Dioxide, Stearic Acid & Magnesium Stearate, Niacin (Nicotinamide), Vitamin E (as D-alpha Tocopheryl Acid Succinate)†, Natural Mixed Carotenoids, Pantothenic Acid (as Calcium Salt), Manganese Sulphate, Silicon Dioxide, Vitamin B12 (Cyanocobalamin), Copper Sulphate, Vitamin B6 (Pyridoxine HCl), Vitamin D3 (Cholecalciferol), Thiamin (Vitamin B1), Riboflavin (Vitamin B2), Folic Acid (Folic Acid), Potassium Iodide, Chromium Trichloride, Sodium Selenate, Biotin. †from soya

Perfectil est une marque déposée de Vitabiotics Ltd.



Perfectil 30 CP

PVC : 189,00 DH

Ut Av :	Lot :
30/09/2022	146629

Iphabiotics

5 "U<1<65"<246090">

**Ingredients:** Bulking agent: Maltodextrin & Microcrystalline Cellulose, Magnesium Oxide, Vitamin C (Ascorbic Acid), Tablet Coating: (Natural Source Colours [Titanium Dioxide, Iron Oxides], Hydroxypropylmethylcellulose, Hydroxypropylcellulose, Caprylic/Capric Triglyceride, Microcrystalline Cellulose, Stearic Acid), Zinc Sulphate, Grape Seed Extract, Ferrous Fumarate, Anti-caking agents: Silicon Dioxide, Stearic Acid & Magnesium Stearate, Niacin (Nicotinamide), Vitamin E (as D-alpha Tocopheryl Acid Succinate)†, Natural Mixed Carotenoids, Pantothenic Acid (as Calcium Salt), Manganese Sulphate, Silicon Dioxide, Vitamin B12 (Cyanocobalamin), Copper Sulphate, Vitamin B6 (Pyridoxine HCl), Vitamin D3 (Cholecalciferol), Thiamin (Vitamin B1), Riboflavin (Vitamin B2), Folic Acid (Folic Acid), Potassium Iodide, Chromium Trichloride, Sodium Selenate, Biotin. †from soya

Perfectil est une marque déposée de Vitabiotics Ltd.

GARDER DANS UN ENDROIT FRAIS ET SEC, HORS DE LA PORTÉE DES ENFANTS