

# 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](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)

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)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 051957

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 530 Société : 51840

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Abdelhak de

Date de naissance : 10/11/38

Adresse : Cité Yamato Yamato 1/2 11

Tél. : 664430 Total des frais engagés : MUPRAS Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Laila Aql

Date de consultation : 10/12/20

Nom et prénom du malade : Abdelhak de Age :

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

Nature de la maladie : Myiobase

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Le train

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 : 12/12/2020

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
16/12/20				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/12/20	891,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

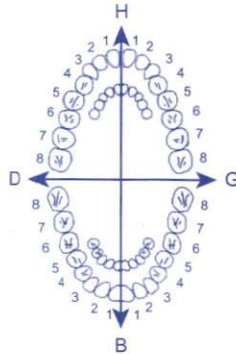
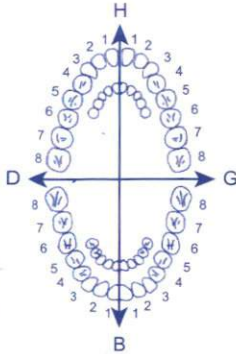
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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>H</td> <td></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>B</td> <td></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																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Laila IRAQI

Dermatologue - Vénérologue  
Spécialiste

Maladies de la peau, des Ongles et des Cheveux  
Maladies Sexuellement Transmissibles  
Chirurgie de la peau  
Cosmétologie - Allergologie  
Epilation Laser  
Ancienne Attachée du CHU Ibn Rochd  
de Casablanca



# الدكتورة ليلي عراقي

الأمراض الجلدية - الأمراض التناسلية  
اختصاصية

في أمراض الجلد الأضافر والشعر  
الأمراض التناسلية جراحة الجلد  
طب التجميل والحساسية  
إزالة الشعر بالليزر  
ملحقة سابقاً بالمركز الاستشفائي الجامعي  
إبن رشد بالبيضاء

Casablanca, le 16.12.2020 في البيضاء.

321,00 ⓧ MR Abdel kader A83  
① LoCeryl Vernis 75 236  
2 fois par semaine sur le  
ongle malade  
249,00 ⓧ Lifongid Cp (de 200g)  
Un cp à midi et après repas par  
Mois.  
F=831,00  
RV= 16/01/2021

☎ 05 22 50 82 83

شارع تمارة - رقم 234 - الطابق الأول - المصلى - حي مولاي عبد الله - عين الشق - الدار البيضاء

Boulevard Temara - N° 234 - 1<sup>er</sup> étage Hay Moulay Abdellah M'saalh Aïn Chok - Casablanca

TIRER P  
2.1.



6 118001 070381  
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura-Moroc  
Distribué par SOTHEMA  
PPV : 321,00 DH  
AMM N° 07 DMP/211NCN  
Fiacon de 2,5 ml  
Verbis à ongles médicamenteux  
LOCERYL 5%



6 118001 070381

B.P. N° 1, 27182 Bouskoura-Moroc  
Distribué par SOTHEMA  
PPV : 321,00 DH  
AMM N° 07 DMP/211NCN  
Fiacon de 2,5 ml  
Verbis à ongles médicamenteux  
LOCERYL 5%



PPV (DH) :

191998 05/22  
249,00

N° Lot :  
Ut. Av. :



6 118001 280032  
28 comprimés  
Lifongid®  
Terbinafine

