

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### nditions 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.

### armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### diologie 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.

### tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### éducation :

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.

### ntaire :

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.

### ladie 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-557277

5 39 23

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Au

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01204 Société : RAY

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DAHEUR NOUREDDINE

Date de naissance : 18/07/49

Adresse : 10 RUE DU GOLFE DU BERBARE

AIR DEAB CASA

Tél : 0661669885 Total des frais engagés : 202,40

Cadre réservé au médecin

Cachet du médecin



Date de consultation : 28/12/2020

Nom et prénom du malade : BENJELLOUN BOUCHRA Age :

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

Nature de la maladie : Affection Dermatologique

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 : CASABLANCA Le : 31/12/20

Signature de l'adhérent(e) :

### 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'Indépendance



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| tes des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|---------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 28.12.2020    | US                | 0                     | 350 dh                          |  |
|               |                   |                       |                                 |  |
|               |                   |                       |                                 |  |
|               |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 28/12/2020 | 452,40                |
|  |            |                       |
|  |            |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du oratoire 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                   |
|---------------------------|---|------------------|-------------|--|
|                           |   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                           |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|                           |   |                  |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |
|                           |   |                  |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |
|                           |   |                  |             |  |
|                           |   |                  |             |  |
|                           |   |                  |             |  |
|                           |   |                  |             |  |
|                           |   |                  |             |  |
|                           |   |                  |             |  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | <b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div> <p>G</p> </div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                           |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|                           |   |                  |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |
|                           |   |                  |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |
|                           |   |                  |             |  |
|                           |   |                  |             |  |
|                           |   |                  |             |  |
|                           |   |                  |             |  |
|                           |   |                  |             |  |
|                           |   |                  |             |  |
|                           |   |                  |             |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



DOCTEUR Khalid LAMNIAI

SPECIALISTE

Maladies de la peau et du cuir chevelu  
Infections sexuellement transmissibles



الدكتور خالد المنيعي

إختصاصي  
في أمراض الجلد والشعر  
اض التناسلية

Casablanca, le 28/12/2020 الدار البيضاء, في

MME DAHEUR BOUCHRA

LOT: 653  
PER: OCT 2023  
PPV: 37 DH 60

LOT: 653  
PER: OCT 2023  
PPV: 37 DH 60

DOIGT

-DIPROSALIC POMMADE

LE SOIR PDT 15 JOURS

ONGLES PIEDS

-MYCOSTER 8 % VERNIS

1 FOIS PAR SEMAINE PDT 3 MOIS

GROS ORTEIL

-HEXOMEDINE TRANSCUTANEE

MATIN ET SOIR PDT 15 JOURS

-COCCIDIN CREME

MATIN ET SOIR PDT 15 JOURS

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Mycoster 8% sol 13ml  
P.P.V: 146,60 DH  
6 118001 182589

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Mycoster 8% sol 13ml  
P.P.V: 146,60 DH  
6 118001 182589

إكزوميدين®

عابر للجلد  
إكزاميدين



قارورة 60 مل

إكزوميدين®

عابر للجلد  
إكزاميدين



قارورة 60 مل

Dr. Khalid LAMNIAI  
DERMATO-VENEROLOGUE  
Angle Bd. Sidi Abderrahmane  
et Bd. Abdelhadi Boutaleb  
Casa Tél 0522 90 04 17

LOT: 200766  
PER: 07-23  
PPV: 28,00DH

LOT: 200766  
PER: 07-23  
PPV: 28,00DH

Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Bd Abdelhadi Boutaleb, 2ème étage n° 7 Hay Hassani - Casablanca  
زاوية شارع سيدي عبد الرحمان وشارع عبد الهادي بوطالب, الطابق الثاني رقم 7 الحي الحسني - الدار البيضاء  
هاتف العيادة الثابت: 05 22 90 04 17 - الهاتف/الفاكس: 05 22 89 19 35  
محمول العيادة: 06 69 88 00 95 - E-mail: cabinet.drlam@gmail.com - Code Postal: 20.230