

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 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



Declaration de Maladie

N° W19-570988

55437

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ~~2047~~ 7047 Société : DAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENASHMIR MOHAMMED
 Date de naissance : 23.05.1963
 Adresse : LOT HAT FATEH NR13 EL OULFA
 Tél : 0662 766238 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07.11.2020
 Nom et prénom du malade : Enf BEN NAGHAR SADA Age : 04.03.12
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : DERMATOLOGIE
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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 : 07/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

DR. OUDRHIRI
 Dermatologue-Vénérologue
 46, Bd. Mohammed VI - 2ème Etage
 Casablanca - Tél : 05 22 20 45 45

[illegible]

07.11.2020	US	3004	INP: 08.11.66975
------------	----	------	------------------

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/11/2025	56.25

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/11/2025	56.25

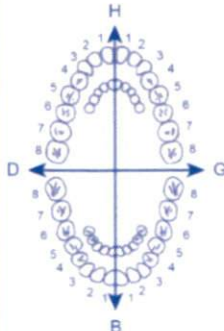
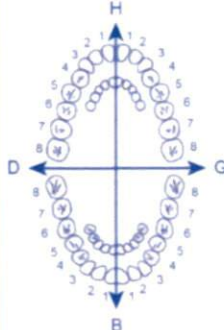
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

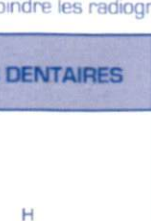


Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession			
				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

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 l'O.D.F.					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 	
				MONTANTS DES SOINS 	
				DEBUT D'EXECUTION 	
				FIN D'EXECUTION 	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 	
				MONTANTS DES SOINS 	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS 	
					DATE DE L'EXECUTION

[illegible]

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE											
<p>The diagram shows a top-down view of a dental arch. Teeth are represented by circles. On each side, teeth are numbered 1 through 8 starting from the central incisor (front) and moving towards the molars (back). The numbers are placed above or below the corresponding tooth.</p>	H		Coefficient des Travaux									
	D	<table border="1"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	G	Montants des Soins
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
		B		Date du devis								
(Creation, remont, adjonction)			Date de l'execution									
Fonctionnel. Therapeutique. necessaire a la profession												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Lamia Oudrhiri

Dermatologue - Vénérologue

Dermatologie Générale Adulte et Enfant

Maladies Sexuellement Transmissibles

Dermato - Allergologie

Dermatologie Esthétique - Lasers

DIU Européen des Lasers Médicaux Paris VI

DIU de Dermatologie Esthétique Versailles Saint Quentin

DIU de Dermatologie Chirurgicale Versailles Saint Quentin

DIU des Techniques d'Injections (Botox, Comblement) Nice

DIU de Dermatologie Pédiatrique Nice



الدكتورة لمياء ودغيري

أخصائية الأمراض الجلدية و التناسلية

أمراض و جراحة الجلد و الشعر و الأظافر

الأمراض المنقولة جنسيا - حساسية الجلد

الطب التجميلي (تقشير - بوتكس - فيلرز)

العلاج بالليزر (إزالة الشعر و الوشم و الندوب)

الدبلوم الجامعي في العلاج بالليزر من جامعة باريس

الدبلوم الجامعي في طب التجميل من جامعة فرساي سان كونتان

الدبلوم الجامعي في جراحة الجلد من جامعة فرساي سان كونتان

الدبلوم الجامعي في الحقن التجميلي للبوتكس و الفيلرز من جامعة نيس

الدبلوم الجامعي في أمراض الجلد عند الأطفال من جامعة نيس

Casablanca, le

07/11/2020

Enfant BEN NAGHMIR NADA

1) CLENIDERM CREME

1 fois par jour le soir sur les lésions du corps pendant 07 jours puis arrêt

2) LIPIKAR BAUME AP 200ML

1 fois par jour le matin sur le corps pendant 15 jours

3) ERLUS (susp)

5 ml soit une pipette le soir pendant 07 jours

4) LIPIKAR SYNET

X 1 fois par jour à rincer

STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA

Lot. Haj fath Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28



Dr. Lamia Oudrhiri
Dermatologue - Vénérologue
46 Bd Afghanistan Gr. 2 2ème étage
Hay Hassan Cas Tel. 05 22 90 01 01

46, شارع افغانستان المجموعة 2، الطابق 2، الحي الحسني - الدار البيضاء - الهاتف / الفاكس : 0522 90 01 01 - المحمول : 06 66 48 22 54

46, Bd Afghanistan, groupe 2, 2ème étage, Hay Hassani - Casablanca - GSM : 06 66 48 22 54

Tél / Fax : 05 22 90 01 01 - E-mail : oudrhirlamia@gmail.com - Site Web : www.dr-lamiaoudrhiri.com

RDV: 20.11.2020
210800

RECEIVED
11/20/2020 11:11 AM
CVS
2108000000000000