

## 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 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.

### 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-571958

55706

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10920 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAARAJ NAIDIA

Date de naissance : 14/09/1975

Adresse :

Tél : 0666 14 94 62 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Fadwa LAHLOU  
Dermatologue - Péderologue  
Angle Bd. Angoulême - P. Abdelkrim Faiss  
Rés. Abdelkrim Faiss - 10ème Etage Casa  
Tél. 06 73 33 33 33 - 06 22 23 60 85

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/01/2021

Nom et prénom du malade : Naïdia Laaraj Age : 45

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

Nature de la maladie : ☒ L'hyperlipémie + l'hypercholestérolémie

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) :

### Adresses Mails utiles

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



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>②</p> <p><b>VITA</b> PARA PHARMA</p> <p>Pharmacie VITA : SARL TEL: 05 22 98 43 85 FAX: 05 22 98 44 85 pharmacievita@gmail.com 403, Bd Ibrahim Rouady Val Fleury Meurth - Mos. - CAS.</p>	13/01/2021	568.30

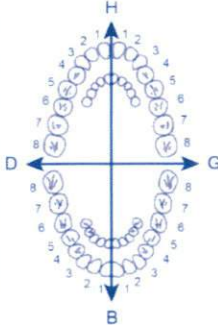
[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

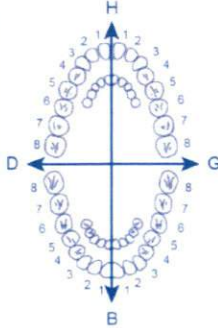
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

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

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	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																						
	25533412	21433552																					
	00000000	00000000																					
	D		G																				
	00000000	00000000																					
	35533411	11433553																					
	B																						
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Fadwa LAHLOU**

**Dermatologue - Vénéréologue**

Lauréate de la Faculté de Médecine  
de Casablanca  
Ancien Interne du CHU Ibn Rochd  
Casablanca

**الدكتورة فدوى لحلو**

أخصائية في أمراض الجلد، الشعر و الأظافر

الأمراض التناسلية

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي

ابن رشد الدار البيضاء

**INP:091.250.183**

Casablanca, le 13/01/2021

87.10

Mme Nadia Laaraj

sofix crème

⊗ 1 appl x 2 / j

les orteils et la  
plante du pied

LOCERYL 5%  
Vernis à ongles médicamenteux  
Flacon de 2.5 ml  
AMM N° 07 DMP/21/NCN  
PPV : 321.00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P.N° 1,27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070381

**VITA**  
PARA & PHARMA  
Pharmacie VITA - SARLALI  
TEL: 05 22 98 43 6  
FAX: 05 22 98 44 4  
pharmacie@vita.ma  
443, Bd. Srahim Kourouh  
Val Fleury, Maarif - C.T.A

321.00

② Loceryl solution filogène

1 appl / semaine

les ongles atteints

LOT 18011100  
PER 11/21  
PPV 111DH00

111.00

③<sup>x</sup> Terfine 250 mg cp  
1 cp / j  
sous réserve d'un bilan hépatique

تقاطع شارع أنوال و عبد الكريم الرايس إقامة عبد المومن عمارة رقم 10

شقة رقم 3، الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 23 60 85 - المصموم : 06 73 53 88 84

Angle Bd. Anoual et Abdelkrim Raiss Résidence Abdelmoumen Imm. 10

1er Etage Apprt. N° 3 - Casablanca - Tél.: 05 22 23 60 85 - GSM : 06 73 53 88 84



(H)

Myco Derm poudre

49.00



pour chaussures  
et chaussette

LUT: 08220019  
PER: 08/2025  
PPU: 49,00 DH

(F)

Sur Peel pds pdt 3 mois

1 x / 3 à 6 mois

568.30

VITA  
MARCA & PHARMA

Pharmacie VITA - SARVAU  
TEL: 05 22 23 60 85  
FAX: 05 22 23 60 85  
pharmacie.vita@gmail.com  
V. El Hadj Brahim Khoukri  
V. El Hadj Brahim Khoukri  
V. El Hadj Brahim Khoukri

~~adwa LAÏFOU  
tologue - Ventes  
Annuel et Rue du  
Ben Ism. 15 1er Etage Casa  
Tel: 05 22 23 60 85 / 05 22 23 60 85~~



RDV

ave

Contrôle  
bilan

CS ds 6 mois