

## 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.

## Radioologie 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
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº W19-571958

3 55706

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	10520	Société :	RAM.
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LARAJ NADIA.			
Date de naissance : 14/03/1975			
Adresse :			
Tél. : 0666 11 94 62		Total des frais engagés :	
		Dhs	

Cadre réservé au Médecin		Dr. Fadwa LAHLOU
Dermatologue - Gynécologue		
Angle Bd. Annabé et Rue Abdellah Ben Haddou		
Rés. Abdellah Ben Haddou, 10 ème Etage, 2ème		
Tel: 06 73 35 00 00 - 06 22 23 60 85		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :		13/01/2021
Nom et prénom du malade :		Nadia Laouej
Lien de parenté :		<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :		Ongles cassés + lichen plan + psoriasis
En cas d'accident préciser les causes et circonstances		18 JAN. 2021
Dans le cas où la maladie aurait un caractère professionnel, communiquer les renseignements sous plicatif 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 :.....

Signature de l'adhérent(e) :

Le : ..... / ..... / .....

## RELEVE 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
13/01/2021	en consultation	C2	250,00	INP : 091250183
				Dr. W21 - Vénéreologie 10, Avenue Abdellah Ben Yousfi Bouguiga - 10, 1000 Tunis / 05 22 23 60 55

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>VITA</b> <small>PARA PHARMA</small> <small>Pharmacie VITA : SARL</small> <small>03 22 98 43 43</small> <small>03 22 98 43 43</small> <small>pharmacie@orange.fr</small> <small>463, Bd Brahimi Roudani</small> <small>Val Fleuri Meurt - EAS</small>	13/01/2021	568.30

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

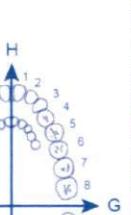
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important:

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		<b>H</b> 25533412   21433552 00000000   00000000 <b>D</b> ----- <b>G</b> 00000000   00000000 35533411   11433553 <b>B</b>	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>     <b>MONTANTS DES SOINS</b>     <b>DATE DU DEVIS</b>     <b>DATE DE L'EXECUTION</b>
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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 فدوی حلوا**

أخصائية في أمراض الجلد، الشعر والأظافر

الأمراض التناسلية

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي

ابن رشد الدار البيضاء

**INP:091.250.183**

Casablanca, le 13/01/2021

87.10

Mme Nadia Laaraj



fix cire

⊗ 1 appl x 2/j

les orteils et la

321.00 plante du pieds

② Loceryl solution filogène

2

1 appl / semaine

les ongles attencts



111.00

③ Tefju 250 mg 4  
1 apl/j p Jt 1r dis  
sous réserve d'un lila hépati-9

تقاطع شارع أنس والملك عبد العزيز إقامة عبد المؤمن عمارة رقم 10

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

Medical

Angle Bd. Anoual et Abdekrim Raiss Résidence Abdeimouen Imm. 10

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

① H

49.00

Myco Term poudre  
pour chaussures  
et chaussette

⑤ S

Sur Peel pieds p't 3 mois

168.30

1 x / 3 à 6 mois

② VITA  
PARA & PHARMA

Pharmacie VITA - SARAJU  
TEL: 05 22 23 63 45  
FAX: 05 22 23 64 45  
pharmacie.vita@wanadoo.fr  
Dr Brahim Roushdi  
Dr Fleur Maarti - CSA

Radwa LADOU  
Vétérinaire  
Anoual et Rue de la Régina Raiss  
Tunis - Béjaïa - 10, 1er Etage Casa  
Télé: 05 22 23 53 88 84 / 05 22 23 60 85

Y2

RDV Contrôle  
ave 3 bilan

CS ds 6 mois