

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.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 1058992

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5985 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Ex RAM
Nom & Prénom : SAMI MOUHASSIN
Date de naissance : 26-11-1966
Adresse : Habituelle
Tél. : 0601172225 Total des frais engagés : 385,10 + 728,18 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08 MARS 2023
Nom et prénom du malade : BOUCHAMIR Samia Age : 53
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 : 30/3/23 CHAABLANCE Le : 30/3/23
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
08/03/23	U	2	350 dh	N° INPE : 091180570

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/03/23	385,50
	08/31/23	728,18

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

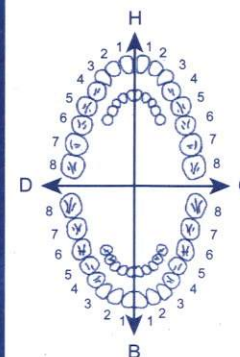
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Debut d'Execution

Fin d'Execution

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

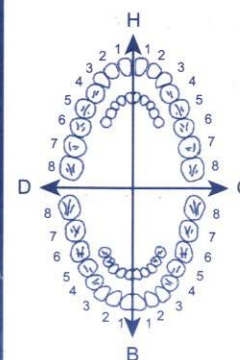
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des Travaux

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

DOCTEUR Khalid LAMNIAI

SPECIALISTE

Maladies de la peau et du cuir chevelu
Infections sexuellement transmissibles



الدكتور خالد المنيعي

إختصاصي
في أمراض الجلد والشعر
الأمراض التناسلية

Casablanca, le **08/03/2023** الدار البيضاء, في

Mme BOUGAMIR SAMIRA

CHEVEUX

DENSISOLUTION SPRAY ANTICHUTE

10 PULVERISATIONS LE SOIR PENDANT 3 MOIS

ERAYBA AYURVEDIC POUDRES INDIENNES SHAMPOOING

PHANERE BOOST CP

2 CP PAR JOUR PENDANT 3 MOIS

PIEDS

NOVADERM GEL SURGRAS

LAVER ET Rincer

ONGLES

LOCERYL VERNIS

1 FOIS PAR SEMAINE PENDANT 3 MOIS

INTERORTEIL

MYK 1 % SOLUTION

LE SOIR PDT 1 MOIS

MONOUAF SARL

2 Rue Ain Aouda

Racine Ext - Casablanca

05 22 47 01 47 - 05 22 49 07 74

05 22 47 01 47 - 05 22 49 07 74

05 22 47 01 47 - 05 22 49 07 74

05 22 47 01 47 - 05 22 49 07 74

05 22 47 01 47 - 05 22 49 07 74

05 22 47 01 47 - 05 22 49 07 74

05 22 47 01 47 - 05 22 49 07 74

05 22 47 01 47 - 05 22 49 07 74

05 22 47 01 47 - 05 22 49 07 74

05 22 47 01 47 - 05 22 49 07 74

05 22 47 01 47 - 05 22 49 07 74

05 22 47 01 47 - 05 22 49 07 74

05 22 47 01 47 - 05 22 49 07 74

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-Moroc

6 118001 070381

OUVRIER

Dr. Khalid LAMNIAI
DERMATO-VENEROLOGUE
Angle Bd. Sidi Abderrahmane
et Bd. Abdelhadi Boutaleb
Casa Tél : 05 22 90 04 17

ميك 1%
LOT: 1210000
PER: 12/2040
PPV: 640100

PHARMACIE EL MANAR
CASA S.A.R.L. A.U.
19, Avenue Mehdi Ben Barka Bourgogne
CASABLANCA

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
Code Postal : 20.230 - E-mail : cabinet.drlam@gmail.com - GSM cabinet : 06 69 88 00 95