

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

- 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
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-696678

160324

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3428 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Z. Z. Mohammed

Date de naissance : 20/06/56

Adresse : 12 Rue N. El Amr Racine
Casablanca

Tél. : 0661331633 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Nour Z. Z.

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Acné

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 :

28/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Dr. Jihane EL ALAMI
Dermatologue Vénérologue

Autorisation LNDP N° : A-A-215/2019

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
29/12/22	CIS		250.00	INPDE: 021250053 Dr. Jihane EL KASSOUBI Dermatologue Vénérologue
<p>PIDUO GEL tube de 30 g Dk 14560 DH</p> <p>⊗</p> <p>IPV : OT :</p>				

6 118001 071692

PV :
OT :
ER :

INDE: 07125504
Dr. Jihane EL ASSOUL
Dermatologue Vénérologue

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
193.00			
144.00			

193.00

PH 144.00

[illegible]

ID: 649664
 GiaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 115,00 DH
 118001142262

[illegible]

e, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP : | | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Jihane EL ALAMI

Dermatologue - Vénérologue

Maladies de la peau, des cheveux et des ongles.

Maladies sexuellement transmissibles

Allergies cutanées

Chirurgie dermatologique

Médecine esthétique et lasers

Diplômée en Dermatologie pédiatrique de la
Faculté de Médecine de Nantes (France)

الدكتورة جهان العلمي

إختصاصية في الأمراض الجلدية و التناسلية

أمراض الجلد الشعير و الأظافر

DR. EL ALAMI JIHANE

ORDONNANCE

Naou Zizi

Le : 29/12/2022



1/ Istacepro 200 mg

1 cp / j le soir après dîner
pdt 3 mois



2/ Epiduo gel

1 soie / 2 sur le visage pdt 15 jours
puis chaque soie



3/ ISDIN Fusion Water SPF 50+

toute la 24h.

4/ ^(R) Physoas parfait
x 1 j le matin

DR. EL ALAMI JIHANE
DERMATOLOGUE - VÉNÉROLOGUE
Centre d'affaires Al Anouar
Avenue Allal El Fassi, 1er étage, Appt 8
Marrakech
05 25 32 06 32

5/ Effaclar test

1 sup 12

33,00

6/ Avamys spray

x 1/2 & sup

7/ Xycet spray

1 sup 1/2 & test 1n

8/ Physiomer spray

x 1/2 & test

...PH. CENTRALE GUELIZ...

HAIZOUN TARIK

166.AV.MOHAMED V

Tel :0524430158 MARRAKECH

29/12/2022 18:08

9	ISTACYNE 200MG/10CP	33.00
1	EPIDUO GEL POMPE 30G	146.60
1	FOTOPROT FUSION WATR INVISIBLE	193.00
1	EFFACLAR M CREM SEBO-REG 40ML	144.00
1	XYCET 5MG/30CP	75.50
1	PHYSIOMER ADT+ENF ISOTONI 135M	99.00
1	AVAMYS SPRAY NASAL	115.00

TVA :	114.15
TOTAL :	1070.10

PPV :

LOT :

PER :

33,00

IMPORTER & DISTRIBUTOR

S.I.C.
Bldg n°56 - Street
Maadi - Cairo - E
Registration n° 937

العنوان
استيراد شركة ستار للتجارة الدولية

BOTTU SA
PPC: 99 DH 00



3 564300 031258

LOT



10011264

2022-08

2025-07

CETU2037
CT218148

PPV :

LOT :

PER :

PPV :

LOT :

PER :

PPV :

LOT :

PER :

33,00