

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

- 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-706734



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

12.925

Société :

RAN

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Douimi KHADIGA

Date de naissance :

13-12-1992

Adresse :

Lot Tissir, Villa N° 04 Dar Bouazza - Casablanca

Tél. :

06 67 46 54 66

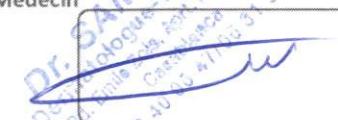
Total des frais engagés

368,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

04/05/2023

Nom et prénom du malade :

Douimi Khadiga

Age : 32 Ans.

Lien de parenté :

Lui-même

Enfant

Nature de la maladie :

Douimi

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 : 18/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :



AUTORISATION CNDP N° : A-A-215/2019

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
08/05/23	Consultation		150	INP : 08195A669

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
	06/05/23	118.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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	

Dr SAMI Ghita

Dermatologue - Vénérologue

Maladies et chirurgie de la peau

Pathologies des cheveux et ongles

Dermatologie - Allergologie

Dermatologie Pédiatrique

Lasers médicaux

Dermatologie Esthétique

Dr. SAMI Ghita
Dermatologue-Vénérologue
241, Bd Emile Zola, Appt. N°7, Casablanca
Tél: 05 22 40 06 47 / 06 31 59 63 65



د. السامي غيتة

أخصائية في الأمراض الجلدية والتناسلية

أمراض وجراحة الجلد

أمراض الشعر والأظافر

حساسية الجلد

الأمراض الجلدية عند الأطفال

العلاج بالليزر الطبي

طب التجميل

ORDONNANCE

Casablanca, le

06/05/23

Mme Khadija
1. Proctop 2. Diprotene
1 App / J Soir
Visage 5J



2/ Cicalfat emulsion
ut. 4

3/ 1 App x 2 J
Visage

3/ Soins 10 ml 1 App de 3Gp / J
شارع إيميل زولا الطابق 4 الرقم 7 بلفدير - الدار البيضاء
241, Bd. Emile Zola 4^{ème} étage Appt 7, Belvédère - Casablanca

• 05 22 40 06 47 • 06 31 59 63 86 • dr.samighita@gmail.com

110,10 PDT 5J

b/ Dyzall Sp

1Cp / Jk für PDT 7J

5/ Sanofi Aventis avene

118,80

1Acp au lesion

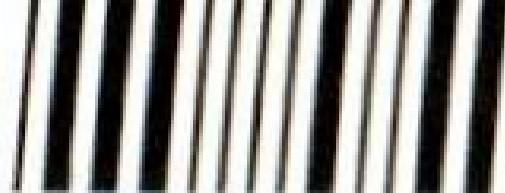


Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Al sebaâ Casablanca
Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V : 48,70 DH

6 118000 060536

Dr. SAMI Chita
Dermatologue Vénérologue
241, Bd. Emile Zola, Arr. 3, Casablanca
Tél: 05 22 40 06 47/05 31 59 63 05
LOT : 23E005
PER. 31 2026
LOCATION 0,1%
CREME T30G
P.P.V : 30DH00

6 118000 012061



14 comprimés pelliculés

Diclohexylate de Lévoceftirizine

Xyzall® 5 mg

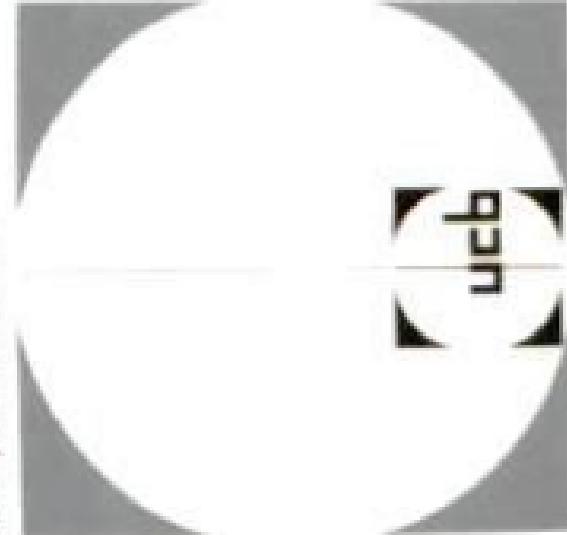
LOT 221829 1

EXP 05 2026

PPV 40 10

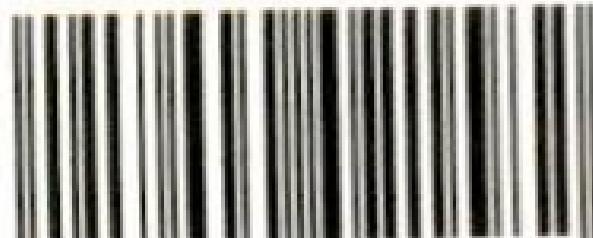
5 mg

Diclohexylate de Lévoceftirizine



Xyzall 5 mg

Boîte de 14 comprimés pelliculés
AMM N° 21/19/DMR/21/NRQDNM



6 118000 021582