

# 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.

16942

Autres

Maladie

Dentaire  
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8140

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : EL ALAMA MOUNIR

Date de naissance :

15.06.70

Adresse :

Résidence le CLUB, Rte Mly Thame, Appt 35  
11/11 CASABLANCA

Tél. :

06.67.27.57.44 Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MOHAMED CHAMITI  
Dermatologue Venereologue  
172, Av. Bourgadim. 3ème Etage  
La Villette - Casablanca  
Tel: 05 22 62 89 89 99

Date de consultation :

23 MAI 2023

Nom et prénom du malade :

EL ALAMA

Age : 53 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DR MUPRAS

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 :

CASA

Le : 23 / 05 / 2023

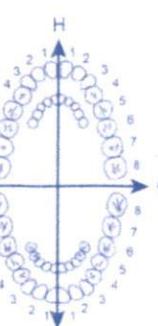
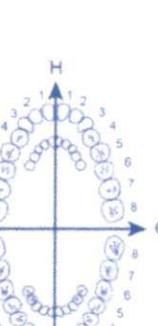
Signature de l'adhérent(e) :



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
23 MAI 2023	C	C1	300,-	INP : 1111111111 Dr. MOHAMED CHAHID Dermatologue Venereologue 172, Av. Bourgjadam, 3eme Et. La Villette - Casablanca 05 22 62 89 89

EXECUTION DES ORDONNANCES		
ESpace du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. TIR Abdelaizi 58, Route de Thami Hay HASS	27-5-23	610.60

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (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"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G	00000000	00000000														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>														

# DR. MOHAMED CHAMITI

Spécialiste en Dermato Vénérérologie  
 Maladies de la peau, de l'ongle et du cuir chevelu  
 Maladies Sexuellement Transmissibles  
 Cosmétologie de la peau, Chirurgie de la peau  
 Epilation au laser, Membre de la Société  
 française de Dermatologie



الدكتور محمد شميطي

اختصاصي أمراض الجلد، الشعر و الظفر  
 الأمراض التنايسية  
 الطب التجميلي، حساسية الجلد  
 جراحة الجلد، إزالة الشعر بالليزر  
 عضو الجمعية الفرنسية للجلد

23 MAI 2023

Casablanca, le :

Nom : EL ALAMI MOUNIR

107.50

② Myazol 150 forte de 8

SV

sgel 1 gout

use une fois

③ Preparation

21/12/21

1. Di molles pomme 1/4

2. Di sucre molles pomme 1/4

NO.70

201 use une fois

④ 3760XY Di sucre molles pomme 1/4 N=4

PHARMACEUTICAL CLINIC

Ref: 0522902167 Date: 20/05/2022

232.00

⑤ Dr. MOHAMED CHAMITI Dermatologue Venerérologue

شارع احمد نقيلي رقم 172 شقة 5 الطابق الثالث - لافيلات - ( مقابل محطة ترامواي المغاربي )

Bd. Ahmed Ben Ali N° 172, 3ème étage, appt. 5 - la villette (en face station tramway de la grande ceinture  
 Tél: 05 22 62 89 89 99  
 الهاتف : 05 22 62 89 89  
 Lycée Mustapha El Maâni) Casablanca - Tél. : 05 22 62 89 89

Diprosalic®  
pommade



pommade



pommade



# دیروزالیک® مرهم

بیتامیتازون، حامض سالیسیلیک  
للهن

LOT : 791  
PER : NOV 2025  
PPV : 37 DH 60



بیتامیتازون، حامض سالیسیلیک  
للهن

LOT : 791  
PER : NOV 2025  
PPV : 37 DH 60



بیتامیتازون، حامض سالیسیلیک  
للهن

LOT : 791  
PER : NOV 2025  
PPV : 37 DH 60



8 gélules

voie orale

Lot N° :  
Exp :  
PPV :

107150

150 mg

FLUCONAZOLE

Mynazol®

Dip  
Pan

6 118000 050186

LOT : 786  
PER : OCT 2025  
PPV : 37 DH 60

