

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° W21-802631

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8140

Société : R.A.M

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL ALAMA MOUNIR

Date de naissance : 15-06-70

Adresse : Residence Le Club Rte Mdy Thami, Apt 35 H/V CASABLANCA

Tél. : 06.67.27.57.44

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MOHAMED CHAMITI
Dermatologue Vénéréologue
172. Av. Bourgham. 3ème Etage
La Villette - Casablanca
Tél: 05 22 62 89 89 99

Date de consultation : 23 MAI 2023

Nom et prénom du malade : EL ALAMA

MOUNIR

Age : 53a

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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) :

Autorisation CNDP 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
23 MAI 2023	C	C1	300,-	INP : _____ Dr. MOHAMED CHAMRI Dermatologue Vénérologue 172, Av. Bourghadam, 3ème Et. La Villette - Casablanca Tel: 05 22 62 89 89-99

Dr. MOHAMED CHAM
Dermatologue Vénérologue
172, Av. Bourghadam, 3ème Etas
La Vilette - Casablanca
Tél: 05 22 62 89 89/99

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Acheteur du Pharmacien ou du Fournisseur 58, Route My Thami, Hay Harbi Tél: 0522 90 23 74 DR. TIR ABDELAZIZ PHARMACIE POLYCLINIQUE	Date 27-5-23	Montant de la Facture 610.60

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

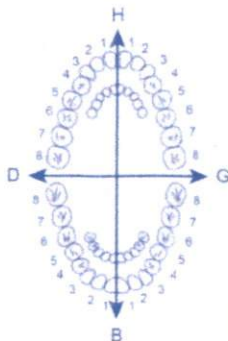
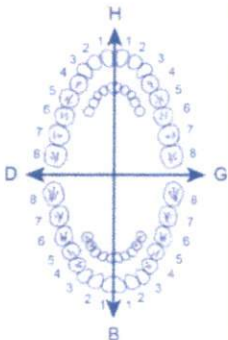
[illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

[illegible]

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXÉCUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور محمد شميطي

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

23 MAI 2023

Casablanca, le :

Nom : ER ALAM MOUNIR

107.56

② My navel 150 inches 8

Spiegel sehen auch alle zu

2 Preparation

21129

12070

Di molecule pomele 12
skewelle pomele 12

3760x4



Dimo

$$N \geq 4$$

232.00

④

~~CVE~~

reference cicafalo

6060

2 сер

le mola

an unbroken chain

Dr. MOHAMED CHAMITI

Dermatologie Venereologie

شارع أحمد نقيلي رقم 172 شقة 5 الطابق الثالث - لاهيلا - (مقابل محطة ترامو لا ماني) Casablanca - Tél. : 05 22 62 89 89
Bd, Ahmed el-Milani, 35me étage, App. 5 - la villette (en face station tramway de la grande ceinture
en face Mustapha el Maâni) Casablanca - Tél. : 05 22 62 89 89 : الهاتف

Diprosalic®
pommade ○

ديبروزاليك[®] مرهم

بيتاميتازون، حامض ساليسيليك
للدهن

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



6 118000 050186

pommade ○

بيتاميتازون، حامض ساليسيليك
للدهن

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



6 118000 050186

Diprosalic®
pommade ○

ديبروزاليك، حامض ساليسيليك
للدهن

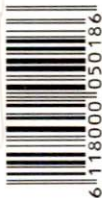
LOT : 791
PER : NOV 2025
PPV : 37 DH 60



6 118000 050186



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



Dip
pon

Mynazol[®]

FLUCONAZOLE

150 mg

107150

Voie orale

8 gélules

Lot N° :
Exp :
PPV :