

# 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.

**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° W21-813101

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : \_\_\_\_\_

Matricule : 4176 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : \_\_\_\_\_

Nom & Prénom : OMARI ABDELMAJID

Date de naissance : 01.01.1951

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0668593259

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : \_\_\_\_\_

Date de consultation : 11/12/23

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ \_\_\_\_\_

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Le : 23/01/2024

VOLET ADHERENT



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
11/12/23	Consultation	1	091257659	INF 091257659

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
11/12/23	1572,20 DH

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DEBUT D'EXECUTION [ ]  FIN D'EXECUTION [ ]										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DATE DU DEVIS [ ]  DATE DE L'EXECUTION [ ]										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION										

**Dr SAMI Ghita**

**Dermatologue - Vénérologue**

Maladies et chirurgie de la peau  
Pathologies des cheveux et ongles  
Dermatologie - Allergologie  
Dermatologie Pédiatrique  
Lasers médicaux  
dermatologie Esthétique



**د. السامي غيثة**

**أخصائية في الأمراض الجلدية و التناسلية**

أمراض وجراحة الجلد  
أمراض الشعر والأظافر  
حساسية الجلد  
الأمراض الجلدية عند الأطفال  
العلاج بالليزر الطبي  
طب التجميل

**ORDONNANCE**

Casablanca

Mme Fatima  
el Omani

**PHARMACIE JAW**  
Mme SEFIANI - Ep.H.  
Dr. En Pharmacie  
650 Bd. du 6 Novembre 1975  
Cité Diamant - Casa - Tel.: 05

INGREDIENTS: AQUA, ETHYLHEXYL SALICYLATE, METHYLENE BIS-BENZO-TRIAZOLYL  
TETRAMETHYLBUTYLPHENOL (NANO), BIS-ETHYLHEXYLOXYPHENOL METHOXYPHENYL  
THIAZINE, DIETHYLHEXYL BUTAMIDE THIAZINE, BUTYL METHOXYDIBENZOYL METH-  
ANE, C12-15 ALKYL BENZOATE, INOXYL ADIPATE, PENTYLENE GLYCOL, ALCOHOL,  
SORBITOL, DIMETHICONE-14, CETYL ALCOHOL, TRIETHANOLAMINE,  
TOCOPHEROL, DECYL  
PROPYLENE GLYCOL  
FIL0748

MNF:  
LOT:  
EXP:

562,50  
Bello Aurore  
1 App x 25,00  
255,00  
Cetaphil lotion  
1 App x 25,00  
186,00  
Somitolid Cool Supra  
1 App x 25,00  
255,00  
pour l'hygiène

241, شارع الإميل زولا، الطابق 7 بلقدير - الدار البيضاء

241, Bd Emile Zola 4<sup>ème</sup> étage Appt 7, Belvédère - Casablanca

05 22 40 06 47

06 31 59 63 86

dr.samighita@gmail.com



39.90 / MYK 1%. Cécime

146,60 - 1 App + 2/5 Shewteil, 2/5

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Mycoster 8% sol f3ml  
P.P.V : 146,60 DH



118001 182589

5/ ~~Dr. SAMI GHITA~~  
Dermatologue - V. 05 22 40 08 47/06 31 58 63 86  
Casablanca - 147, Avenue Elage

Solution filmopore  
1 App / 5 oute Comp  
allé-its

162,00

6/ Baiedem Lico

~~Dr. SAMI GHITA~~  
Dermatologue - V. 05 22 40 08 47/06 31 58 63 86  
Casablanca - 147, Avenue Elage

2/5 App

PUIG - London WC1B 5EH



3 661434 004735

220,50

7/ Doc lotion BHA

1572,20

1me application / 5 fois.

PHARMACIE JAWAD  
Mme SEFIANI - EP HAROUCHI  
Dr. En Pharmacie  
850 Bd. du 6 Novembre 1975 Hay Jawadior  
Cité Djamâa - Casa - Tél : 05 22 37 03 18

MYK 1% / ميك 1%

39,60