

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

W21-832069

197493

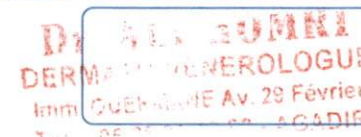
- ☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9405 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENZAD OTHMANE
 Date de naissance : 22.01.1971
 Adresse : HAY ZAYTOUNE LOT 98C TIKIOUNE AGADIR
 Tél. : 06.61.23.63.83 Total des frais engagés : 1185,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12 DEC 2023
 Nom et prénom du malade : BENZAD SARA Age: 9 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : DERMATOSE
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : AGADIR Le : 12/12/2023
 Signature de l'adhérent : [Signature]

PRAFR05/V2/20-10-2023

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
12 DEC 2023	2		250 Dh	
	1440		800 Dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EFFRHI Dr. H. EFFRHI N°9, Bloc F Hay, 2ème étage, TIKMOULTE - NGADIM Tél: 05 28 29 05 39	12/12/23	135.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVAUX
					

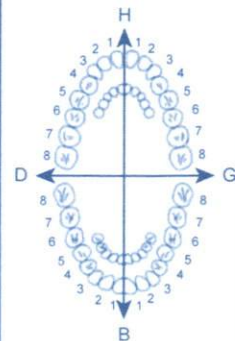
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des Honoraires



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ali HOMRI

Maladie de la peau, du Cuir Chevelu, de l'Ongle
et des Maladies sexuellement Transmissibles
Chirurgie Dermatologique
Laser Dermatologique
Ancien Médecin-Chef du Service Dermatologie
Hôpital HASSAN II

الدكتور حمري علي
إختصاصي في أمراض الجلد والشعر و الأظافر
و الأمراض التناسلية
الجراحة الجلدية
العلاج بالليزر
رئيس سابق لمصلحة الجلد بمستشفى
الحسن الثاني أكادير

12 DEC 2023

BEZZAD SARA

25.00
Al Bel anhu



44.00
In BIAFINE
→ 4x2



66.30

In COMPLEXION
→ 4x2



T = 135.30

Rendez-vous, le :

Ceci est un médicament.
Tenir hors de la portée et de la vue des
enfants.

Avant toute utilisation lire attentivement
la notice.

Risque d'allergie

A conserver à une
température ne dépassant
pas 25°C, dans l'emballage
d'origine et à l'abri de
l'humidité.



PPU : 66,30 DH
LOT : 651364
PER : 02/25



CO-AMOXICLAV SP®
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
500 mg/62,5 mg

Enfant

Poudre pour suspension
buvable en sachet-dose

Voie orale

12 sachets



AMANYS
THADAMA

CO-AMOXICLAV SP®
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
500 mg/62,5 mg

12 sachets



6 118000 390053



44,00 DHS
Prix Public de Vente
AMM 121/17DMP/21/NRO
Maroc

377676F

BIAFINE®

Indications thérapeutiques

Erythèmes secondaires à des traitements
radiothérapiques.

Brûlures du premier et second degré et
toute autre plaie cutanée non infectée.

CE MÉDICAMENT N'EST PAS
UN PROTECTEUR SOLAIRE

بيافين يستعمل لعلاج

إحمرار الجلد الناتج عن العلاج بالأشعة .
حروق الدرجة الأولى و الثانية و أي جرح آخر غير منتن .
لا يستعمل هذا الدواء كواقى من أشعة الشمس

Docteur Ali HOMRI

Maladie de la peau, du Cuir Chevelu, de l'Ongle
et des Maladies sexuellement Transmissibles

Chirurgie Dermatologique

Laser Dermatologique

Ancien Médecin-Chef du Service Dermatologie

Hôpital HASSAN II

الدكتور حمري علي

إختصاصي في أمراض الجلد والشعر و الأظافر

و الأمراض التناسلية

الجراحة الجلدية

العلاج بالليزر

رئيس سابق لمصلحة الجلد بمستشفى

الحسن الثاني أكادير

12 DEC 2023

BEWZAN SARA

14/10 = 800 JH

Mind cet service

Abolition des verrous vulgaires

au niveau de la bonnet

la main

Dr. ALI HOMRI
DERMATOLOGUE
Imm. GUERMANE Av. 29
Tél: 05.28.82.19.82 - 06.72.04.73.73

Rendez-vous, le :

عمارة گرمان رقم 5 الطابق الثاني - شارع 29 فبراير - تليجرت - أكادير الهاتف : 05.28.82.19.82 المحمول : 06.72.04.73.73
Imm. GUERMANE N°5 - 2ème Etage - Av. 29 Février - Talborjt - AGADIR - Tél. : 05.28.82.19.82 - GSM. 06.72.04.73.73