

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

W21-839722

203814

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8140 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL ALAMA MOU.N.R.

Date de naissance : 15-06-70

Adresse : Residence Le CLUB, Rte Mly Thami Appt 35
HIL CASA.

Tél. : 06 67 27 57 44 Total des frais engagés : 52,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL ALAMA MOU.N.R. Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : /

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 : Casa Le : 08 / 04 / 2024

Signature de l'adhérent(e) : /

PP4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

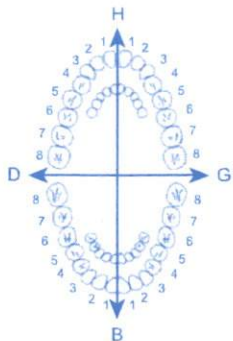
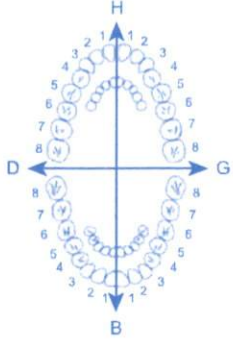
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
					DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
					FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 <hr style="width: 100%;"/> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> G 11433553 </div> </div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
					DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
					DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

صيدلية المصحة
Pharmacie Polyclinique

58, Route Moulay Thami - Casablanca
(Mazola, Hay Hassani)
Tél. : 0522 90 21 67
GSM : 0661 33 20 87

R.C: 173955
T.P.: 35012475
I.F: 51469100
C.N.S.S: 1120039
ICE : 001527269000086

Casa le: 08-04-24 FACTURE N° 001161

M^r ELALAMA MOUNIR

QUANTITÉ	DESIGNATION	PRIX UNIT.	TOTAL
03	Dermovaleone	17 40.	52 20

S.V.

PHARMACIE POLYCLINIQUE
 DR ABDELRAZIK TRIMINI
 36 Route Mohamed Hamri
 Babouba
 Tel 0523 90 21 67

Dermoval 0,05 %

PROPIONATE DE CLOBETASOL

Titulaire d'AMM au Maroc:
Laboratoires GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

COMPOSITION :
Propionate de clobé
Pour 100 g

Excipients : monostéar
Arlacel 165, cire synt
acide citrique mono
Excipients à effet no
alcool cétostéaryliq

ID:650273 GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV:17,40 DH



6 118000 161295

Dermoval 0,05 %

PROPIONATE DE CLOBETASOL

Titulaire d'AMM au Maroc:
Laboratoires GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

COMPOSITION :
Propionate de clobé
Pour 100 g

Excipients : monostéar
Arlacel 165, cire synt
acide citrique mono
Excipients à effet no
alcool cétostéaryliq

ID:650273
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV:17,40 DH
6 118000 161295

Dermoval 0,05 %

PROPIONATE DE CLOBETASOL

Titulaire d'AMM au Maroc:
Laboratoires GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

COMPOSITION :
Propionate de clobé
Pour 100 g

Excipients : monostéar
Arlacel 165, cire synt
acide citrique mono
Excipients à effet no
alcool cétostéaryliq

ID:650273
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV:17,40 DH
6 118000 161295