

# 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.

## Pathologie 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.

## Educational :

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.

## Prothèse :

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

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° M20- 0003872

ND: 51226

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4500 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL Fadil Adel

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 133785 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL Fadil Adel Age :

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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-03872

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

W16-068153

DATE DE DEPOT

...../...../201...

**A REMPLIR PAR L'ADHERENT**

Mle 4500

Nom & Prénom EL FADIL Mohammed

Fonction : CAB Phones: 0661 133 785

Mail m.el.fadil@yahoo.fr

**MEDECIN**

Prénom du patient a FADIL Othmane

Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒ Age 16.06.04 Date .....

Nature de la maladie

Dermatose

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

c

5

300,00

**PHARMACIE**

Date 10.10.2020

Montant de la facture

69,00 da  
138,00 + 1052,05

10 DEC. 2020

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Date : .....

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Date : .....

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

**MUPRAS**

11 DEC. 2020

**ACCUEIL**



## Docteur Mohamed CHAMITI

Spécialiste en Dermato-vénéréologie

Maladies de la peau, de l'ongle et du cuir chevelu

Maladies Sexuellement Transmissibles

Cosmétologie - Allergie de la peau

Chirurgie de la peau - Epilation au laser

Membre de la Société française de Dermatologie

Casablanca, Le

## الدكتور محمد شبيطني

إختصاصي في

أمراض الجلد، الشعر و الظفر

الأمراض التناسلية

الطب التجميلي، حساسية الجلد

جراحة الجلد، إزالة الشعر بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية للجلد

الدار البيضاء، في

EL FASIL

OTR mae

69,000x4

① Tetracycline N°2

T=138,00

189,00

② Sebroskin Gel Purifiant de Clinique

190,00

Efficace

③

④

⑤

211,00

Eur

⑥

Helioscare oil free

⑦

234,00

Birelex

⑧

Triactin spray

1 cap 1 cr 1/2

⑨

⑥ 157,05  
 ALCO Lenn . soon Crocette Spray  
 136,00  
 Shampoo & hyto by <sup>1 sep p</sup> ~~swaloid~~ <sup>from h</sup>  
 ⑦

Dr. MOHAMED CHAMITI  
 Dermatologue Vénérologue  
 172, Av. Mohammed Vème Etage  
 La Villette - Casablanca  
 Tel: 05 22 62 89 89 99

T= 1052,05

CLINICEUTICA

CANADA

SEBIOSKIN

GEL NETTOYANT  
DERMO-PURIFIANT  
DERMO-PURIFYING  
CLEANSING GEL

C.N. 194576.1

CNP 6341164



BATCH / LOT.:	1 9 F 1 6 0
EXP / CAD.:	0 6 / 2 0 2 2

17270-202-00

  
**Tetralysal**<sup>®</sup>  


ymécyline

TETRALYSAL 300 mg

Boîte de 16 gélules

AMM N°26 DMP/21/NCV

P.P.V : 69,00 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070800



ليميسيكلين

  
**Tetralysal**<sup>®</sup>  


ymécycline

TETRALYSAL 300 mg

Boîte de 16 gélules

AMM N°26 DMP/21/NCV

P.P.V : 69,00 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

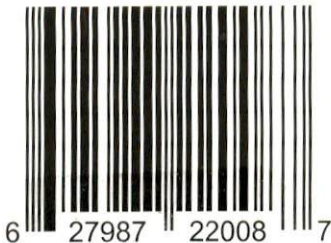


6 118001 070800



ليميسيكلين





**LOT:2001037 EXP:2024-03**