

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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

No. W19-573348

CB MUPRAS

| | | | |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 0528 | Société : R.A.M. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | ACC |
| Nom & Prénom : OUARZA HABIBA | | | |
| Date de naissance : 5/11/1968 | | | |
| Adresse : 51 Rue EL KHOURATI ET 2 APP 6 Boulevard Casa | | | |
| Tél. : 0663497193 | | Total des frais engagés : _____ Dhs | |

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : **24/11/2020**
Nom et prénom du malade : **EL KAHIAN ZIAO** Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **dermatose**

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 **22/02/21**
Signature de l'adhérent(e) : *Ayafres*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

No. W19-573348

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 : _____

RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 24/11/2020 | C | | 350,00 | INP :  Dr. M. T. A. PROFESSIONNEL DENTISTE ADOUA 2025/10528 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE DE L'AEROPORT D'ABIDJAN Mme CAMINADA BRIGITTE 72 Bld. Gbagbo Sidi Abdoulaye | 24/11/20 | 557,30 |

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

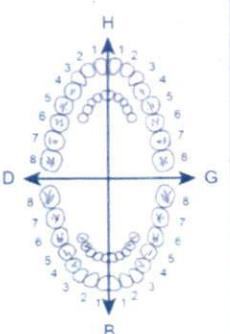
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'QDF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP :  |
|---|----------------|------------------|-------------|---|
|  | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | <img alt="INP number" data-bbox="820 |

Professeur NEJJAM Fatna

Ex, enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca

DERMATOLOGUE - MÉDECINE ESTHÉTIQUE
LASER - PUVATHERAPIE

الدكتورة نجاح فاطنة

أستاذة سابقة بكلية
الطب الدار البيضاء

اختصاصية في الأمراض الجلدية والجميل

Casablanca, le : 24 / 11 / 2020

H^r EL KHITAN

Ziad

19 Effalat gel

laver avec.

Rinçage

20 Hyseac lse é mafifante

le matin → ridge

31 Erosion solaire

Eucerin So Tancrexide

2 - 4 jours → ridge

4% Setonex R 85€ - e
1 dn 1/2 → visage

5% Efaclor Duo +
1 dn 1/2 → visage

$$69.00 \times 6 = 414.00$$

5% Téhalydal 300
1 gel 1/2 zwis
après le repas

PHARMACIE DE L'AFRODITE D'ANFA
Mme LAASNAI Sidi Aberrahmane
72 Bis, 99 BP 96 Bouskoura - Casablanca

DÉPUTÉ M. ALI MRAINI
PROFESSEUR
DERMATOLOGUE ENERLOGUE
293, Bd. Abdellatif Ben YOUSSEF - CASABLANCA
0522862535 / 0522862537
0117522862535

90.50
Ex 500
1 ep 2 jns 1/2 → 100 →

52.80
PHARMACIE LA MATTAI BRIGITTE
Mme LA MATTAI Abderrahmane, out - Casablanca
Ex 500
Deses 20
1 gel le dn → 100 →

Ery[®] 500

Erythromycine propionate

20 comprimés

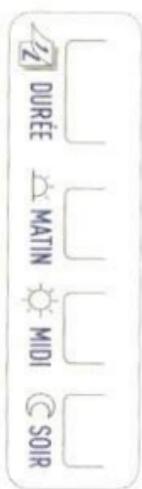
voie orale

99,50

L 0 T 1 9 0 0 4
U E R 0 9 / 2 2
P P V 9 0 D H 5 0



LOT 191740
EXP 07/2022
PPV 52.80 DH



Microgranules ga

OEDEC omépraz

N° de lot de fabrication :
رقم حصة الصنعة
Date limite d'utilisation :
ال تاريخ الأقصى للاستعمال
التاريخ الأقصى للاستعمال

843
03 2023

Tetralysal®

lymécycline

16 GELULES 16 كبسولة

Voie orale

عن طريق الفم

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

ليميسيلين

300 mg
ملغ 300

GALDERMA
غالديرما

N° de lot de fabrication :
رقم حصة الصنعة
Date limite d'utilisation :
ال تاريخ الأقصى للاستعمال
التاريخ الأقصى للاستعمال

843
03 2023

Tetralysal®

lymécycline

16 GELULES 16 كبسولة

Voie orale

عن طريق الفم

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

ليميسيلين

300 mg
ملغ 300

GALDERMA
غالديرما

N° de lot de fabrication :
رقم حصة الصنعة
Date limite d'utilisation :
ال تاريخ الأقصى للاستعمال
التاريخ الأقصى للاستعمال

843
03 2023

Tetralysal®

lymécycline

16 GELULES 16 كبسولة

Voie orale

عن طريق الفم

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

ليميسيلين

300 mg
ملغ 300

GALDERMA
غالديرما

N° de lot de fabrication :
رقم حصة الصنعة
Date limite d'utilisation :
ال تاريخ الأقصى للاستعمال
التاريخ الأقصى للاستعمال

843
03 2023

Tetralysal®

lymécycline

16 GELULES 16 كبسولة

Voie orale

عن طريق الفم

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

ليميسيلين

300 mg
ملغ 300

GALDERMA
غالديرما

N° de lot de fabrication :
رقم حصة الصنعة
Date limite d'utilisation :
ال تاريخ الأقصى للاستعمال
التاريخ الأقصى للاستعمال

843
03 2023

Tetralysal®

lymécycline

16 GELULES 16 كبسولة

Voie orale

عن طريق الفم

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

ليميسيلين

300 mg
ملغ 300

GALDERMA
غالديرما

N° de lot de fabrication :
رقم حصة الصنعة
Date limite d'utilisation :
ال تاريخ الأقصى للاستعمال
التاريخ الأقصى للاستعمال

843
03 2023

Tetralysal®

lymécycline

16 GELULES 16 كبسولة

Voie orale

عن طريق الفم

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

ليميسيلين

300 mg
ملغ 300

GALDERMA
غالديرما