

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 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 tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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° W21-624291

68601

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7838 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : AMAROUCHE KHALID

Date de naissance : 21/05/1967

Adresse : 2 rue GAROSNE - ETG1-APT2 - QU DES HOPITAUX - CASA

Tél. : 0661691366 Total des frais engagés : 219,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/03/2021

Nom et prénom du malade : AMAROUCHE ALI

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : sébo systomatose

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 : 20 / 03 / 21

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

2003 2011 is a contract N° INPE-09/180570

Dr. Khaid L. VENEROLOG
Angle Bel. Bidi Abdelrahmane
et Bd Abdelhadi Bouateb
Casa Tel. 0522 90 04 17

EXECUTION DES ORDONNANCES

صيدلية صافي
PHARMACIE JAPON 16-ESQ
!r. Samira EL MOSALAMI
13, Bis, Rue de Rome Résidence NORA
Casablanca - Tél.: 05 22 27 75 45

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du	Date	Désignation des	Montant

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX			
Cachet et signature	Date des	Nombre	Montant détaillé

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR Khalid LAMNIAI

SPECIALISTE

Maladies de la peau et du cuir chevelu
Infections sexuellement transmissibles



الدكتور خالد المنيعي

إختصاصي
في أمراض الجلد والشعر
الأمراض التناسلية

Casablanca, le 20/03/2021 الدار البيضاء, في

MR AMAROUCH ALI

72,50

-DIFFERINE CREME (EVITER CONTOUR DES YEUX ET BOUCHE)

LE SOIR

69,00 (x2)

-TETRALYSAL 300 GELULE (AU MILIEU DU REPAS)

1 GEL PAR JOUR PDT 1 MOIS

T= 210,50

Pharmacie EL MOSALAMI
13, B6, Rue de Rome Résidence NORA
Casablanca - Tél: 05 22 29 75 45
Dr. Samira EL MOSALAMI
Pharmacie EL MOSALAMI
13, B6, Rue de Rome Résidence NORA
Casablanca - Tél: 05 22 29 75 45

DIFFERINE 0,1 %
crème, tube de 30 g
AMM N° 291 DMP/21/NCV
P.P.V : 72,50 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N° 1, 27182 Bouskoura-Moroc



6 118001 070206

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-Moroc



6 118001 070800

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-Moroc



6 118001 070800

Dr. Khalid LAMNIAI
DERMATO-VENEROLOGUE
Angle Bd. Sidi Abderrahmane
et Bd Abdelhadi Boutaleb
Casa Tél 0522 90 04 17