

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

- Réclamation : 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° W21-649798

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10705 Société : 89875
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MILAL SANAA
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél : 0664860909 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 30/09/2021
 Nom et prénom du malade : MILAL SANAA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Demande de siège
 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) :

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
20-09-2021			gratuite	INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D. MOUNA JAMALI Dermatologue 22/09/21

ARMACIE POLYCLINIQUE		EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture	
Dr. TIBALD AZIZ	30-5-21	921.00	
Route Mly Thami Hay Hassani		1150.00	
Tél: 0522 98 21 67 Casa			
ARMACIE POLYCLINIQUE			
Dr. TIBALD AZIZ			

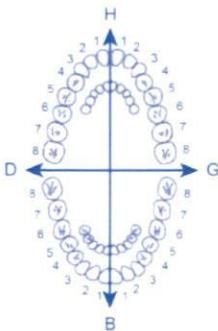
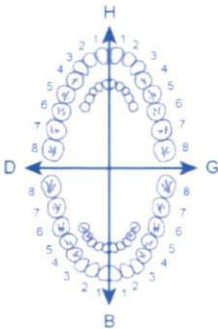
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

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

Docteur Mouna JAMALI

Spécialiste des maladies de la peau,
de l'ongle et du cuir chevelu
Maladie sexuellement transmissibles
Cosmétologie, Allérgologie - Laser

الدكتورة منى جمالي

إختصاصية في أمراض الجلد
الأظافر و الشعر - الأمراض التناسلية
طب التجميل - اللازير

Casablanca, le : 30 09 2021 في الدار البيضاء،

HELA SAMAA

1/ 229.00

fenopil gelule

2 gelule le matin

247.00

2/

NEOXIDIL spray

12 pulv le soir → 8 mois

Ecual solution

amb chilo

12 pulv le matin → 6 mois

4/ 220.00

Ecual solution spray

4, Lotissement Chabab, 3ème étage, Appartement 10 - Bernoussi

Casablanca (A côté d'Acima) - Tél.: 05 22 74 61 61

921.00

DR. MOUNA JAMALI
Dermatologue
4 Lotissement Chabab, 3ème étage
Appartement 10 - Ain Sbaj, Casablanca

PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. TIT Abdelaziz
58, Route Hay Hassane
Tél. 05 22 90 21 67 Casablanca

T: 0026/EXP: MAI 2024
PPV: 247,00 DH

NEOXIDIL® 2%
Facon de 80 ml
Nº de registro: 1440



6 118000 020394

LOT: 010
MFG: 11/2020
EXP: 11/2023



3 323030 000312

Docteur Mouna JAMALI

Spécialiste des maladies de la peau,
de l'ongle et du cuir chevelu
Maladie sexuellement transmissibles
Cosmétologie, Allérgologie - Laser

الدكتورة منى جمالي

إختصاصية في أمراض الجلد
الأظافر و الشعر - الأمراض التناسلية
طب التجميل - اللازير

Casablanca, le : 30-09-2021 في: الدار البيضاء

HALAL SANAA

1/2500 Betadine solution (belle,

Nelbag en cure
seul, ongle -

7000-
21

Tegemo Crème

1 APP / jour pieds :
en cure ongles, ongles
et le pont → 4 mcs

26000-
31

onyxol Crème

soi ou le ongles
laisser la nuit →

12 à 15 jrs -

199.00 x 4
4/

À la milieu
du repas

Teguma CP200mg

fcp / jrs → 6 mds

MSI 00

Dr. MOUNA JAMALI
Dermatologue
4 Lotissement Chabab, 3ème ét. 22
Appartement 10 Ain Sbaa - Casablanca
T. 05 22 74 61 64

LOT: 210159
PER: 02-2023
PPV: 70,00DH

TEGUMA® 1% 
Crème 30 g

6 118001 101078



CNP- 6145276

CN 1517500



2505-287



3 592619 314311



PZN-06729328

Maphar
Bd Alkhalia N° 6, Q1,
Sidi Bernoussi, Casablanca
ON° STER PT UREE DM 103
PPC : 260,00 DH

QUE

sani

LOT : 210780

EXP : 05/2024

PPV : 199,00DH

UT. AV. :

LOT N° :

PPV (DH) :

تيربينافين

أقراص قابلة للكسر

28 x

TEGUMA® 250 mg

28 comprimés sécables



6 118001 101054

250

عن طريق الفم

COOPER
PHARMA