

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

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° P19- 0015147

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

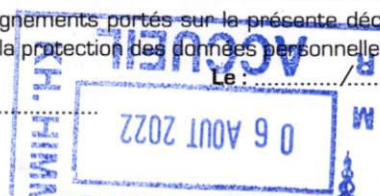
Matricule : 10575 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BOUGRIN LAID Date de naissance : 17/02/1967
Adresse :
Tél. : 0662746069 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Sofia EL MESBAHI
Dermatologue Vénérologue
Ras Ryad Al Qods, GH 3
Imm 1, N° 6 - Bd Al Qods
CASA - Tél: 0522 38 05 59
Date de consultation : 18/07/2022
Nom et prénom du malade : Bougrin Aymen Age: 20
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Acné - Dermite séborrhéique
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
01/07/22	CH	1	200,85	
01/08/22	CH	1	6,50	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/07/22	198,50
	01/08/2022	200,85

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

Veillez 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													
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
[Création, remont, adjonction]. Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
				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

Docteur SOFIA EL MESBAHI

DERMATOLOGUE-VENEROLOGUE

Specialiste des maladies de la Peau,
des Ongles et des cheveux

Maladies Sexuellement Transmissibles

Allergologie Chirurgie de la peau

Médecine Esthétique et LASER



الدكتورة صوفيا المصباحي

إختصاصية في أمراض الجلد، الأظافر والشعر

الأمراض التناسلية، الحساسية وجراحة الجلد

التجميل

إزالة الشعر والليزر

01/08/2022

Ordonnance

Mr BOUGRIN Ayman

130,00

1 - Kelual DS shampoing



3 fois par semaine pendant 15 jours puis 2 fois par
semaine (garder 5 mn et rincer)

43,50

2 - Mycoster solution 1%



4-5 pulverisations 2 fois par jour pendant 15 jours puis
1 fois par jour pendant 15 jours

24,30

3 - Ketoderm crème

1 Application le soir au niveau du visage.



T = 200,80

Dr. Sofia EL MESBAHI
Dermatologue Vénérologue
Rés Ryad Al Qods, GH 3
Imm 1, N° 6 - Bd Al Qods
CASA - Tél: 0522 38 05 59

Pharmacie Nouvel Imame
Dr. Elbadoui Imame
Manzeh Mead Deoua
Tél: 05 20 55 07 57

B.d Alquods (Angle Bd Haifa) Résidence Ryad Alquods GH3, imm1, Appt 06, 3ème étage, Ain chock

شارع القدس (زاوية شارع حيفا) إقامة رياض القدس. عمارة 1. الشقة 6. الطابق 3 عين الشق

الهاتف/ الفاكس: GSM : 06 96 44 11 04 - Tél/fax: 05 22 38 05 59

LOT : 22E002
PER : 03/2023

KETODERM 2%
CREME T 10G
P.P.V : 270H30



43,50

Docteur SOFIA EL MESBAHI

DERMATOLOGUE-VENEROLOGUE

Spécialiste des maladies de la Peau,
des Ongles et des cheveux

Maladies Sexuellement Transmissibles

Allergologie Chirurgie de la peau

Médecine Esthétique et LASER



الدكتورة صوفيا المصباحي

إختصاصية في أمراض الجلد، الأظافر والشعر
الأمراض التناسلية، الحساسية وجراحة الجلد
التجميل

إزالة الشعر والليزر

18/07/2022

Ordonnance

Mr BOUGRIN Ayman

42,00 x 3 = 126,00

1 - Doximycine 100 mg cp



1 cp le soir, au cours du repas, pendant 1 mois

72,50

2 - Differine crème

1 Application le soir



T = 198,50

صيدلية نور الإيمان
PHARMACIE NOUR EL IMANE
D'EL BADAOU EL IMANE
Menzeh - N° 44 Deroua
Tel: 05 20 35 07 57

Dr. Sofia EL MESBAHI
Dermatologue Vénérologue
Rés. Ryad Al Qods, GH 3
Imm 1, N° 6 - Bq Al Qods
CASA - Tél: 0522 38 05 59

01108122

12830

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



DOXYMYCINE® 100 mg 10 comprimés dispersibles

PPV 42DH00

EXP 08/2023

LOT 16010 1

DOXYMYCINE® 100 mg 10 comprimés dispersibles

PPV 42DH00

EXP 11/2023

LOT 1D020 1

DOXYMYCINE® 100 mg 10 comprimés dispersibles

PPV 42DH00

EXP 08/2023

LOT 16010 1