

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0019991 **14/02/22**

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **9045** Société : **R.A.M**
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : **SKIREDJ CHAKIB**
 Date de naissance : **20/06/1978**
 Adresse : **Romandise II Tour Ishbiliya n°15 Casablanca**
 Tél. : **0663011265** Total des frais engagés : **300 t** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **01/11/2022**
 Nom et prénom du malade : **SKIREDJ CHAKIB** Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : **Dermatose**
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 :
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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

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
21/11/22	C2		300,00	 <p>Dr. Abdelilah Abdou Spécialiste Dermatologue - Vénéréologue Rég. El Moudjahid FEG 284 B Mars El Ain Chock Tél: 0522 506 888 - Fax: 0522 506 888</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/11/22	872,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

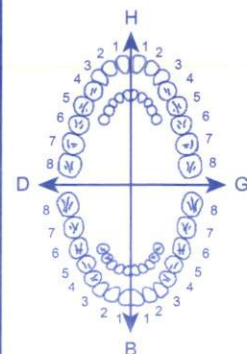
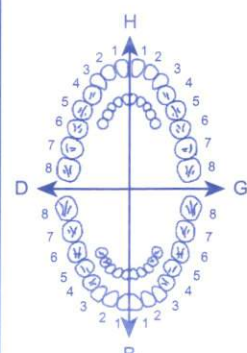
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </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																
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

Docteur Abdelilah ABOUR

Spécialiste

Dermatologie - Vénérologie

Chirurgie Dermatologique

Traitement au Laser

الدكتور عبد الإله عبور

أخصائي

أمراض الجلد والشعر

والأمراض التناسلية

جراحة الجلد

العلاج بالليزر

Casablanca le : 01.11.2022



SKIN
CHIKI

Shampooing anti-dermatologique
Cher...

84,20 x3
Ketoderm 2% gel b8 sachet

Maphar
Bd Alklima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Ketoderm 2% gel b8 sachet
P.P.V: 84,20 DH



70,00
Tegam

Maphar
Bd Alklima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Ketoderm 2% gel b8 sachet
P.P.V: 84,20 DH



Maphar
Bd Alklima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Ketoderm 2% gel b8 sachet
P.P.V: 84,20 DH



30,00
Locostep

LOT: 221136
PER: 09-2024
PPV: 70,00DH

40,00 x2
Dermavital gel

LOCATOP 0,1%
CREME T30G
P.P.V: 30DH00
LOT: 22E017
PER: 06/2025



05 22 50 50 07 : الفاكس - 05 22 50 68 68 : الهاتف
Résidence EL Majd, Imm. F 2ème Etage Bd. El Qods - INAR

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 40,00 DH
ID: 648365
118000 161301

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 40,00 DH
ID: 606939-01
118000 161301

170,00x4

Day yine

Day yine

872.60



PPV 110DH00
EXP 06/2024
LOT 23014 2

PPV 110DH00

EXP 03/2024
LOT 23014 1

Dr Abdelilah ABBOUR
Spécialiste
Dermatologie - Vénérologie
Rés. El Majd Imm. F Etg. 2 Bd El Qods
Inch. Ain Chock Casablanca
Tel: 0522 807 468 - Fax: 0522 505 007

PPV 110DH00
EXP 06/2024
LOT 23014 2

PPV 110DH00
EXP 06/2024
LOT 23014 2