

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

3248

Société :

RAM

par courrier

Nom & Prénom : BELLAI SIDIK

Date de naissance : 07-06-1956

Adresse : TA HANADUT

Tél. 06 68 40 61 44 Total des frais engagés : 325,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/04/2022

Nom et prénom du malade : FIDANI NAJIA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Néurologie Parapathétique

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 : MARRAKCHI

Le 25/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21- 03185

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).

3248

BELLAI

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
25 AVR 2013	S		2500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JAY MABROUK Abdelghafour BEN ABBAD En pharmacie 6 Lot. Mabrouk à la Résidence 1aaf 1 Jbel Gueliz Marrakech Tél: 05 24 42 31 77-Fax. 05 24 44 84 87	25/4/2023	37,62 + 2,20 = 39,82 75,20

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	

VOLET ADHERENT

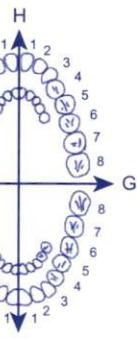
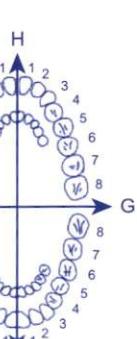
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS	
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dermatologue

Ex. Médecin au CHU de Casablanca et Marrakech

- Maladies de la peau, Cheveux et ongles
- Allergologie- Chirurgie de la peau
- Maladies Sexuellement transmissibles
- Dermatologie Pédiatrique
(Diplôme Faculté de Nice France)
- Médecine Esthétique et laser
(Diplôme université de Versailles Paris)

أخصائية جلدية

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي بالدار البيضاء و مراكش

- أمراض الجلد و الشعر و الأظافر
- حساسية الجلد - جراحة الجلد
- الأمراض التناسلية
- طب الجلد عند الأطفال
(دبلوم كلية الطب نيس بفرنسا)
- طب التجميل و الليزر
- (دبلوم جامعة فرساي باريس)



Marrakech, Le: 25/04/2023 مراكش في:

Madame FIDANI NAJIA

1) DERCOS AMINEXIL CLINICAL 5 FEMME

10PULV 2F/J 3MOIS PUIS 10PULV / J 3MOIS

2) DERCOS ENERGY+ SHAMPOING STIMULANT

APP 2F/SEM

3) DERMINA GEL DOUCHE

POUR LA DOUCHE

4) DIPROSALIC POMMADE/ TUBE 30G

1APP 2F/J 10J PUIS 1APP 10J PUIS 1J/2 10J PUIS 2F/SEM 2MOIS TACHE NOIRE



PHARMACIE HAY MABROUKA
Abdelghani HANAFI Di en pharmacie
6, Lot. Mabrouka Résidence Ifad 1
Jbel Gueliz Marrakech
Tél: 05 24 42 31 77-Fax. 05 24 44 84 87



0600363026

180 شارع عبد الكريم الخطابي إقامة رقمية B. رقم 17 الطابق 2 جليز (قرب مختبر جليز) مراكش
180, BD Abdelkarim el khatabi Rés. Rokaya (B) N° 17 - 2^{me} étage Gueliz (prés de laboratoire Gueliz) - Marrakech
Tél: 05 24 43 54 04 / Email: tarwatem@gmail.com / IF: 15178293 / ICE: 001650246000017 / INP: 071180988

Diprosalic®
pommade



LOT : 787
PER : OCT 2025
PPV : 37 DH 60

Diprosalic®
pommade



LOT : 785
PER : OCT 2025
PPV : 37 DH 60