

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

M22- 0052338

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00543 Société : 170456
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELKHALIFI Mohammed
Date de naissance : 01.01.1943
Adresse : Jardins de Californie, Bld de Fes App't C19, CASABLANCA
Tél. : 0660545557 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. AFAH Lalla Aziza, Spécialiste en Dermato-Vénérologie, B. Quartier des Hôpitaux - Casablanca, 05 22 20 53 43 - Fax : 05 22 22 75 30
Date de consultation : 22/02/2023
Nom et prénom du malade : ELKHALIFI Mohammed Age : 80 ans
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, communiqué 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) : R ACCUEIL 1.807

[illegible]

MAÏAL Laila
 Spécialiste Dermato-Vénérologie
 Quartier des Hôpitaux - Casablanca
 22 20 56 49 - Fax : 05 22 22 75 30

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE CALITRONIE ALI ALAMI Docteur en Pharmacie 435, Bd. Panoramique Polo - Tél: 0522.52.19.99	27/7/23	602,40

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date _____

Montant de la Facture

ALI ALAIN
Docteur en Pharmacie
435, Bd. Panoramique Polo
asablanca - Tél: 0522.52.19

3

PHARMACIE ALI ALAMI
Docteur en Pharmacie
24-Bd. Panoramique Point
Casablanca - Tel. 0522.52

RADIOGRAPHIES

Détermination des Coefficients

de

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Designation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Praticien

Date des Soins

Nombre

Montant détaillé
des Honoraires

AM

PC

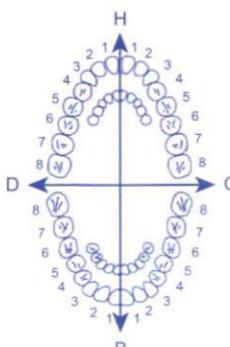
IM

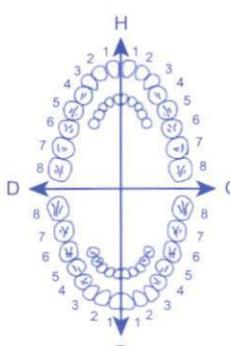
IV

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 <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
		DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
		DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, 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				
		<div><div>H</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div>D</div><div><div>00000000</div><div>35533411</div></div></div>	<div><div>H</div><div><div>21433552</div><div>00000000</div></div><div>G</div><div><div>00000000</div><div>11433553</div></div></div>	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

Dr. Aziza AFAILAL

Spécialiste en Dermatologie
et Vénérologie
Ex. Enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca
Médecine Esthétique
Chirurgie Dermatologique
et Laser

الدكتورة عزيزة أفيلال

اختصاصية في الأمراض الجلدية
والتناسلية
أستاذة سابقا بكلية الطب
بالدار البيضاء
طب التجميل
الجراحة الجلدية
و الليزر

Casablanca, le 22/07/2023 : الدار البيضاء، في

Dr. ELKHARIF Mohamed

PHARMACIE CALIFORNIE
ALI ALAMI
Docteur en Pharmacie
435, Bd. Panoramique Polo
Casablanca - Tél: 0522.52.19.99

- 1- Alcastent gel nettoyage pour le pizer et **S.V.**
- 2- Crème Ketoderm **S.V.**
- 3- Myngel 100 1 gelule/semaine 150k **S.V.**
- 4- Loceryl 1/2 **S.V.**

23 mai,

KETODERM 2%
CREME T 10G
P.P.V : 25DH30
LOT : 23E003
PER: 02 2026

KETODERM 2%
CREME T 10G
P.P.V : 25DH30
LOT : 23E001
PER: 02 2026

KETODERM 2%
CREME T 10G
P.P.V : 25DH30
LOT : 23E003
PER: 02 2026

AFAILAL Lalla Aziza
liste en Dermato-Vénéro

PHARMACIE CALIFORNIE
ALI ALAMI
Docteur en Pharmacie

Lot N° :
Exp : 107,50
PPV :

LOCERYL 5%
Vernis à ongles médicamenteux
Flacon de 2,5 ml
AMM N° 07 DM/21/NCN
PPV: 321,00 DH
Distribué par SOTHL
B.P. N° 1.27182 Bouskoura-Ma.
6 118001 070381

AM90 0126
LOT PER
Prix 98.00

602,40

6, Avenue des Hôpitaux - Résidence du Parc 2^{ème} étage - Quartier des Hôpitaux - Casablanca

Tél: 0522 20 56 49 Fax: 0522 20 56 50 E-mail: a.afailal2@gmail.com