

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-654478

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9817 Société : R. A. M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : NADY F / Mustapha

Date de naissance : 1868

Adresse : 74

Tél : 0663476447 Total des frais engagés : 393,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Signature]

Date de consultation : 29/11/23

Nom et prénom du malade : [Signature] Age : [Signature]

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : [Signature]

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : [Signature]

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 : [Signature]

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Aïtal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïtal 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
09/12/2019	Examen clinique	1		
09/12/2019	Examen clinique	1		
09/12/2019	Examen clinique	1		
09/12/2019	Examen clinique	1		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/3/20	143.10

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

Dr SAMI Ghita

Dermatologue - Vénérologue

Maladies et chirurgie de la peau
Pathologies des cheveux et ongles
Dermatologie - Allergologie
Dermatologie Pédiatrique
Lasers médicaux
Dermatologie Esthétique



د. السامي غيثية

أخصائية في الأمراض الجلدية والتناسلية

أمراض وجراحة الجلد
أمراض الشعر والأظافر
حساسية الجلد
الأمراض الجلدية عند الأطفال
العلاج بالليزر الطبي
طب التجميل

ORDONNANCE

Casablanca, le

29/11/23

Sidi Bernoussi, Casablanca
Ketoderm 2% gel b8 sac
P.P.V : 84,20 DH
6 118001 18149

Mlle Jaouad

Nadya

84.20
11

CeraCap Elixir Serum ant.
Chute

Ketoderm Sachet

1 Sachet x 2/S baigner 5 min

Rincer pdr 4S

pdr 1 Sachet / S pdr 8S

2 Brickap marque

1 App apr Damping
15 min
Rince.

241, Bd. Emile Zola 4^{ème} étage Appt 7, Belvédère - Casablanca

☎ 05 22 40 06 47 ☎ 06 31 59 63 86 ☎ dr.samighita@gmail.com

3/ Orinochrome Paction



PER: 05-26
P.P.V: 34 DH 70

34.70 1 App / 5 for 15/2 145 } Close

4/ Diprosone Crème



LOT: 493
PER: JUL 2026
PPV: 24 DH 20

1 App / 5 145 } Oreilles
15/2 145

5/ Tongac Crème

1 App 1 a 2 / 5 * Dernière Oreille.

6/ Solprin cream fluide Stimule

1 App / 2h.



7/ Uriage Crème Pigeon

1 App - 2 / 5 Uriage

143/3
DR. SAMI CHITRE
Dermatologue - Vénéréologue
241, Bd. Emile Zola, Apt. N°7,
Tél: 05 22 40 06 47 / 05 31 30 88

8/ Solprin Gel
Nalgant