

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.



188469

Déclaration de Maladie : N° S19-0051049

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11693 Société : Dam
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Diouch Imad Date de naissance : 29.01.75
Adresse : 12 Rue personne
Tél. : 06 99 32 50 34 Total des frais engagés : 25 MUPRAS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/12/23
Nom et prénom du malade : Diouch Imad Age : 10 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Dermatite Chronique
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 : Casablanca Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 16 / 12 / 23

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

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
Montant de la Facture	Montant de la Facture

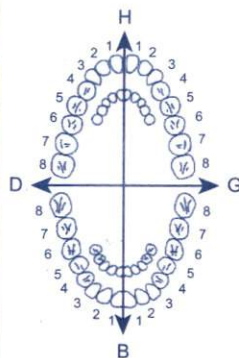
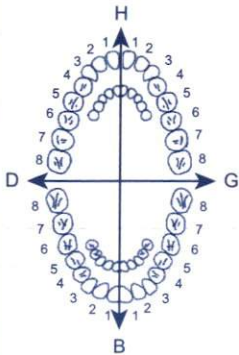
[illegible][illegible]

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														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>													
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>													
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 غيثة

أخصائية في الأمراض الجلدية و التناسلية

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

ORDONNANCE

Casablanca, le

16/12/23

30g

LOT: 2131
PER : 02 - 26
P.P.V: 34 DH 70

Mme Dirouch

Dr. Ghannam

1/ Lotion Pâte blanche

Mauve au bain

Chauss

- Virage

- Corps

2/ Dermocortic Pétition

34,20 x 2

15/2 145

1 Apret 5 Air Chaud
145

20/8
145

30g

LOT : 3549
PER : 04 - 26
P.P.V: 34 DH 70

PHARMACIE ALMASSIRA 5.500.000.000
BENMOUSSA Ouarda
Docteur en Pharmacie
Tél: 0522.24.80.54
51, Rue Rahel Ben Ahmed
1422.24.80.44



Dr. SAMI Ghita
Dermatologue - Vénérologue
N°7

241, Bd Emile Zola 4ème étage Appart 70 Belyedine Casablanca

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

3/ D proton Com

1 Appt

15 L-65

32.8



105 Caille

LOT : 169 .
PER : JUN 2026
PRV : 32 DH 50

PHARMACIE AL MASSIRA
51, Rue Rahal Ben Ahmed
Dr. Mme BENMOUSSA Ouatfa
Tel : 05 22 24 80 54
Fax : 05 22 24 80 54

Dr. SAMI GHITA
Dermatologue - Vénérologue
241, Bd. Emile Zola, Apt. N°7,
4ème Etage - Casablanca
Tel: 05 22 40 06 47 / 06 31 59 63 86

PHARMACIE AL MASSIRA
51, Rue Rahal Ben Ahmed
Docteur en Pharmacie
BENMOUSSA Ouatfa
Tel : 05 22 24 80 54
Fax : 05 22 24 80 54

Caille
65