

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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 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

M23- N° 0040368

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6443 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUSTAKIM MOHAMED

Date de naissance : 17/11/65

Adresse :

Tél. : 06 13 29 61 15 Total des frais engagés : 201539 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/FEV 2024

Nom et prénom du malade : MOUSTAKIM MOHAMED Age : 58 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, 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 de l'adhérent(e) : Le : / /

PP4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
1 FEV 2024	LS		300,000	<p>Docteur Imane MARKOCHE</p> <p>Dermatologue - Vénérologue</p> <p>Dermatologue - Esthétique Cosmétologie Ls</p> <p>24, Rue 14 Mandarona Ain Chok - Casablanca</p> <p>Tél: 05 22 87 53 43</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JAWNE CALIFORNIE Dr. FALAH YOUSSEF 015TE TADART Rds. LINA JAWNE CALIFORNIE AIN CHOQ Tel : 05 22 87 11 12 CASA	21/02/24	779,20

[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.																		
<b>Important :</b> 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															
				CCEFFICIENT 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			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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 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														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Imane MARKOUCH**  
**Dermatologue - Vénérologue**  
Diplômée de L'UFR Pierre et Marie Curie-Paris VI  
Ancienne interne des hôpitaux de Paris



**الدكتورة إيمان مركوش**  
اختصاصية في أمراض الجلد و التناسل  
خريجة كلية بيير و ماري كوري-باريس VI  
طبيبة بمستشفيات باريس سابقا

Casablanca le : .....

21/02/2024

Monsieur MOUSTAKIM MOHAMED

432,00

**VALEX 500 MG CP BOÎTE DE 42**

2cpx03/jx01semaine

26,90x6

**VITANEVRIL FORT CP**

1cpx03/j x02mois

99,20

**NUPENTIN 300 MG GEL**

1gel le soir x15j

37,00

**DUOXOL CP**

1cpx03/j si douleurs

**CUTALGAN SPRAY**

1app x03 ou4/j sur les lésions

49,60

Cure

jaasoui amp

1amp en 1 prise

779,20.

PHARMACIE IMANE CALIFORNIE  
Dr. F. EL AN YOUSSEF  
10 RISTE TADART RES LINA  
JNANE CALIFORNIE AIN CHOQ  
Tél : 05 22 87 11 12 CASA

**Docteur Imane MARKOUCH**  
Dermatologue - Vénérologue  
Dermatologue Esthétique - Dermatologie Laser  
22, Rue 14 Mandarouna Ain Chock - Casablanca  
Tél: 05 22 87 58 43



500mg/2mg  
Boite de 20 comprimés  
علبة من 20 قرصا

37,00

PPV: 99DH20

NUPENTIN® 300 mg  
Boite de 30 gélules  
Voie orale



PPV: 40,60 DH  
LOT: 23H10  
EXP: 08/2026

432,00

és  
PPV 26.90 DH  
LOT L1361 PER 11/28

MINE 100 mg  
es  
PPV 26.90 DH  
LOT L1361 PER 11/28

s  
PPV 26.90 DH  
LOT L1361 PER 11/28

MINE 100 mg  
s  
PPV 26.90 DH  
LOT L1361 PER 11/28

MINE 100 mg  
is  
PPV 26.90 DH  
LOT L1361 PER 11/28

NE 100 mg  
PPV 26.90 DH  
LOT L1361 PER 11/28