

# 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 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 une fois par an.

## 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

M23- N° 0040727

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5954 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : DIBOUNE EL MOSTAFA  
 Date de naissance : 26/02/1961  
 Adresse : Habituelle 202102  
 Tél. : 0661550569 Total des frais engagés : 1320,23 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Amina LATIFI Ep. HALLI  
 DERMATOLOGIE - VENEROLOGIE  
 102, Bd. Oum Errabii Hay Mazola  
 Résidence Selma Etg. 1 Casablanca  
 Tél: 05 22 20 76 52 - INPE: 051037903  
 Date de consultation : 04-04-24  
 Nom et prénom du malade : D. DIBOUNE EL MOSTAFA Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Scissure  
 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 : DEROUA Le : 16/04/2024  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

PR4FR05/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
06-06-24	C		350	<p><b>Docteur Amine EL KHAYRI</b>  DERMATOLOGIE - VENERÉROLOGIE  102, Bd. Oum Elrabii Hayat  Résidence Selma - 901 Casablanca  Tél: 0522 897 652 - Tél: 091037901</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>PHARMACIE EL OUM EL WAFIA</b>  244 Ibnoussennel wafaa  Casablanca  Tél: 0522 53 20 24</p>	6-6-24	972,83

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

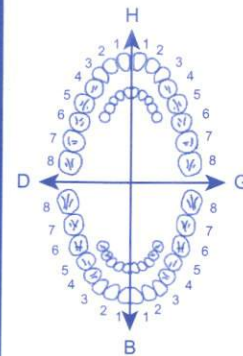
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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.

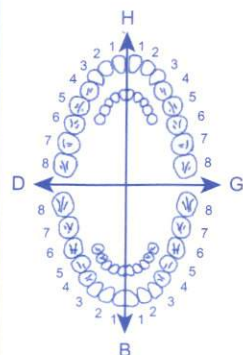
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
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

# Docteur Amina LATIFI EP HALLI

DERMATOLOGIE VENEROLOGIE

Ex. Médecin chef de l'hôpital Ain Chock

- Maladies de la Peau, Cheveux, Ongles
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Cosmétique
- Allergologie
- Chirurgie de la peau
- Laser



## الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلي

إختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية  
طبيبة رئيسية سابقا بمستشفى عين الشق

- أمراض الجلد والشعر والأظافر
- الأمراض التناسلية
- جراحة الجلد والأظافر
- التجميل
- العلاج بالليزر
- أمراض الحساسية

Casablanca le : 2024-06-24 : الدار البيضاء في :

صيفي 21 نونبر 2024

لوا au sein de sel meurt avec

81,10

2 - Razez sel

pour 10/10

sel le visage

a levez le nail

27,30

- cutané et sel gel

pour 10/10 sel 8 boules rouges

233,99

- Ruboriel expert 7 creux

238,99

pour 10/10 sel 10/10

- creux 10/10 360 minéral tolérance flux

3 x 102,80

maximiser epa 100mg

970,83

102, Bd Oum Rabii Hay Mazola. Résidence selma 1er étage - Oulfa - Casablanca - Tél : 05 22 89 76 52 GSM : 06 60 74 36 36

102, شارع أم الربيع حي مازولا إقامة سلمى الطابق الأول - الألف - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 89 76 52 المحمول : 06 60 74 36 36



**ISISPHARMA**  
DERMATOLOGIE  
RUBORIL® Expert M

cantabria labs

C.N. 184760.7

CNP 6060334  
PZN 17240234

8 470001 847607

BATCH / LOT.:

14552-202-07

**HELIOCARE**  
**360°**

Mineral Tolerance Fluid

**DOXYMYCINE® 100 mg 30** comprimés dispersibles

PPV 102DH80  
EXP 12/2025  
LOT 36014 5

**DOXYMYCINE® 100 mg 30** comprimés dispersibles

PPV 102DH80  
EXP 12/2025  
LOT 36014 5

**DOXYMYCINE® 100 mg 30** comprimés dispersibles

PPV 102DH80  
EXP 12/2025  
LOT 36014 5

**CUTACNYL 2,5 %**  
Gel pour application locale tube de 40 g  
AMM N° 58 DMP/21/NCI  
PPV : 27.30 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P. N° 1, 27182 Bouiskoura - Maroc

6 118001 071234

**ROZEX 0,75 %**  
Gel pour application cutanée tube de 30 g  
AMM N° 90 DMP/21/NCI  
PPV 81.40 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P. N° 1, 27182 Bouiskoura - Maroc

6 118001 070510

**ROZEX 0,75 %**  
Gel pour application cutanée tube de 30 g  
AMM N° 90 DMP/21/NCI  
PPV 81.40 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P. N° 1, 27182 Bouiskoura - Maroc

6 118001 070510