

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Educations :

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.

Prothèse 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

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

N° P19-0025447

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1909 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUI LOU BRAHIM

Date de naissance : 12/10/11 56

Adresse : Résidence du Lac Im 8 Appt 10

quartier Mandarona casa

Tél. : 06 73 17 84 84 Total des frais engagés : 1215,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Imane MARKOUCH
Dermatologue - Vénérologue
Dermatologie Esthétique Cosmétologie Laser
224, Rue 14 Mandarona Ain Chok - Casablanca
Tél: 05 22 87 58 43

Date de consultation : 23 SEPT 2019

Nom et prénom du malade : OUI LOU BRAHIM Age : 63 ans

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

Nature de la maladie : Démence

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 : Casa Le : 12 / 11 / 19

Signature de l'adhérent(e) :

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
3 SEP 2019			300,000	<p>Docteur Imane KARROUCHE</p> <p>Ophtalmologie, Pédiatrie, Gynécologie, Dermatologie, Esthétique, Cosmétologie Laser</p> <p>22, rue 14 Mandarona Ain Chok - Casablanca</p> <p>Tél: 05 22 87 58 43</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/09/19	915.60
		092058908

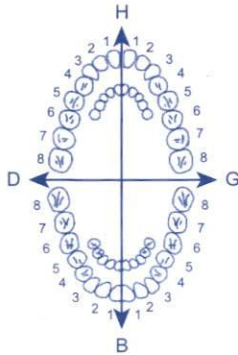
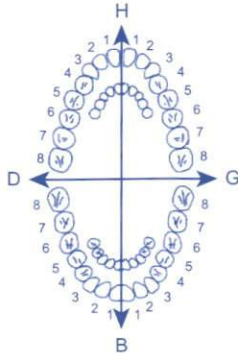
[illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX														
	<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		
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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 6

طبيبة بمستشفيات باريس سابقا

Casablanca le :

23/09/2019

Monsieur OUTLOU BRAHIM

432,100

VALEX 500 MG CP BOÎTE DE 42

99,20

2cpX03/j x01semaine

NUPENTIN 300 MG GEL

37,00

1gel le soirX03j puis 1gelX02/j x15j

DUOXOL CP

1cpX03/j 01semaine

28,80 x 6 = 172,80

VITANEVRIL FORT CP

1cpX03/j x02mois

SEDACALM CRÈME

97,30 x 2 = 174,60

DERMOFIX CRÈME

1appX03/j

1app/j entre les orteils x01mois

Docteur Imane MARKOUCH
Dermatologue - Vénérologue
Dermatologie - Médecine Cosmetologie Laser
224, Rue 14 Mandarouna Ain Chok - Casablanca
Tél: 05 22 87 58 43

915,60

Composition par gélule:

Gabapentine (DCL) 300 mg

Excipients q.s.p une gélule.

Indications, Contre-indications,

Posologie et Précautions d'emploi :

Lire la notice à l'intérieur.

Tenir hors de la portée et la vue des enfants.

A conserver à une température inférieure à 25°C.

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية.
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

PPV: 99DH20

NUPENTIN® 300 mg

Boite de 30 gélules

Voie orale



DUOX
Paracétamol / Thiocolchicoside
500mg/2mg
Voie orale

Boîte de 20 comprimés

034019 04/24
PPV: 99DH00

224, Rue 14 Mandarouna - Ain Chok - Casablanca زنقة 14 ماندرونا عين الشق الدار البيضاء

Tél : +212 5 22 87 58 43 / 20 الهاتف : **E-mail : imanemarkouch@yahoo.fr**

V A L E X[®]

Valaciclovir

500 mg

Voie orale



42

Comprimés enrobés

LOT 19006
PER 07/22
PPV 432DH00

432,00



قوتيل

بنفوتيا مين 100 ملغ

30 حبة ملهسه

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER

08/88



قوتيل

بنفوتيا مين 100 ملغ

30 حبة ملهسه

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER

08/88



قوتيل

بنفوتيا مين 100 ملغ

30 حبة ملهسه

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER

08/88



قوتيل

بنفوتيا مين 100 ملغ

30 حبة ملهسه

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER

08/88



قوتيل

بنفوتيا مين 100 ملغ

30 حبة ملهسه

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER

08/88



قوتيل

بنفوتيا مين 100 ملغ

30 حبة ملهسه

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER

08/88



Dermofix[®] crème 2%

Sertaconazole

Crème dermique

Tube de 30 g



DERMOFIX crème 2%
Sertaconazole

Crème dermique

Tube de 30 g



87,30

87,30

LOT 18006
PER 11/21
PPV 87DH30

Dermofix® crème 2%

Sertaconazole

Crème dermique

Tube de 30 g



DERMOFIX crème 2%
Sertaconazole

Crème dermique

Tube de 30 g



87,30

LOT 18006
PER 11/21
PPV 87DH30

87,30

PER 11/21
PPV 87DH30