

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.

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.

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 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- 051163

ND : 318 98

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5018 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : M. SAROUTI Hassan
Date de naissance : 09/01/1957
Adresse : Rue 89 n°5 Dar el Hraoune
HAY HASSANI
Tél : 0662250290 Total des frais engagés : 757,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 28/04/2025
Nom et prénom du malade : SAROUTI Hassan Age : 63ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection Dermatologique
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

Le : 27/07/2025

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
28/04/2020	C	2	250 dh	
06.05.2020	C	2	montant gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28.04.20	768.50
	06.05.20	199.00

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
		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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
				MONTANTS DES SOINS																				
				DEBUT D'EXECUTION																				
				FIN D'EXECUTION																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		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

DOCTEUR Khalid LAMNIAI

SPECIALISTE

Maladies de la peau et du cuir chevelu
Infections sexuellement transmissibles



الدكتور خالد المنيعي

إختصاصي
في أمراض الجلد والشعر
الأمراض التناسلية

Casablanca, le الدار البيضاء, في

28/04/2020

MR SAROUTI HASSAN

CHEVEUX

199.00 -PSORILYS LOTION DU CUIR CHEVELU

LE SOIR

159.00 -KERIUM DS INTENSIF SHAMPOING ANTIPELLEICULAIRE

VISAGE

99.00 -SAVON PAIN SURGRAS ROCHE POSAY

LAVER ET RINCER

37.80 -EFFICORT LIPOPHILE (onions)

2 FOIS PAR JOUR PDT 8 JOURS
1 FOIS PAR JOUR PDT 8 JOURS

COR DES PIEDS

-DIPROSALIC POMMADE

1 SOIR SUR 2 PDT 2 MOIS

-XEROLYS 50

1 SOIR SUR 2 PDT 2 MOIS

199.00
Psorilys

159.00
KERIUM DS
ANTI-DANDRUFF
TREATING SHAMPOO

99.00
LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Efficort
PPV: 37.80

Diprosalic
pommade
PPV: 37 DH 60
PER: JAN 2023
PPV: 37 DH 60

198.50
Xerolys 50

Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Bd Abdelhadi Boutaleb, 2ème étage n° 7 Hay Hassani - Casablanca
زاوية شارع سيدي عبد الرحمان وشارع عبد الهادي بوطالب, الطابق الثاني رقم 7 الحي الحسني - الدار البيضاء
هاتف العيادة الثابت: Tél. : 05 22 90 04 17 - الهاتف/الفاكس: Tél./Fax : 05 22 89 19 35
E-mail : cabinet.drlam@gmail.com - GSM cabinet : 06 69 88 00 95 - محمول العيادة

DOCTEUR KHALID LAMNIAI

SPECIALISTE

Maladies de la peau et du cuir chevelu
Infections sexuellement transmissibles



الدكتور خالد المنيعي

إختصاصي
في أمراض الجلد والشعر
الأمراض التناسلية

Casablanca, le في الدار البيضاء

06/05/2020

MR SAROUTI HASSAN

Pharmacie Nafma
INP : 92044569

199.00

-CICAPLAST BAUME B 5 CREME



199.00

CICAPLAST BAUME B5

DR. KHALID LAMNIAI
DERMATO-LOGUE
Angle Bd. Sidi Abderrahmane
et Bd Abdelhadi Boutaleb
Casa Tél. 0522 90 04 17

Mme CHABAIBI NAIMA
Pharmacienne
Tél: 022 90 37 00 - CASA



PHARMACIE NAIMA

124. bd. Sidi Abderrahmane Derb Elhouria
Bloc 211 Hy Hassani Casablanca



DR. CHRAIBI NAIMA EP. SAAIDI
Docteur en pharmacie
université de MONTPELLIER
FRANCE

R.C : 171496

T.V.A :

Banque:

Tél : 022.9031.00

Patente: 35003900

C.N.S.S: 1044081

Le 28/04/2020

FACTURE N°447310

Pharmacie NAIMA
ICE: 001596576000024

MR SAROUTI HASSAN

Désignation	Quantité	PPM	Total
PSORILYS LOTION	1	199,00	199,00
ROCHE-P KERIUM SHAMP	1	159,00	159,00
ROCHE-P SAVON SURGRAS	1	99,00	99,00
EFFICORT LIPOPHILE CR	1	37,80	37,80
DIPROSALIC POMMADE	2	37,60	75,20
XEROLYS 50	1	198,50	198,50
Total =			768,50



Arrête la présente facture à la somme de :
Sept Cent Soixante Huit Dirhams et 50 centimes.

PHARMACIE NAIMA

124. bd. Sidi Abderrahmane Derb Elhouria
Bloc 211 Hy Hassani Casablanca



DR. CHRAIBI NAIMA EP. SAAIDI
Docteur en pharmacie
université de MONTPELLIER
FRANCE

R.C : 171496

T.V.A :

Banque:

Tél : 022.9031.00

Patente: 35003900

C.N.S.S: 1044081

Le 06/05/2020

FACTURE N°447313

Pharmacie NAIMA
ICE: 001596576000024

MR SAROUTI HASSAN

Désignation	Quantité	PPM	Total
ROCH P CICAPLAST BAUME B5	1	199,00	199,00
Total =			199,00



Arrêté la présente facture à la somme de :
Cent Quatre-vingt-dix Neuf Dirhams.