

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 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 |

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.

M22-

54326

Optique

AS4570

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4509 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAJID

Mina

Date de naissance :

27/4/59

Adresse :

33 Bd de Bordeaux

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Argaza <i>Nezha El Aoud</i> <i>Docteur en Pharmacie</i> <i>198, bd. Bourdeaux - Casablanca</i> <i>Tel. : 05 22 49 21 71 / 72 - Fax : 05 22 26.19.18.</i> 092010982	02/01/2023	78,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches showing numbered teeth from 1 to 8. Arrows indicate mesial (M), distal (D), buccal (B), and lingual (L) directions. Labels H and G are at the top and bottom				

PHARMACIE ARGANE

199 bd de bordeaux-bourgogne



R.C :348506

Patente:35405388

T.V.A :

C.N.S.S:2362995

Banque:BCM 178S000101

Tél :022492171/72

Le 02/01/2023

FACTURE N°1471874

N° ICE : 000573987000041

MME SAJID MINA

N° IF : 40105446

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	SOLUPRED 20 MG 20 CPF	48,70	48,70		
1	LOCATOP 0.1 % CREME	30,00	30,00	1,96	7,00



TOTAL T.T.C :

78,70

Nbr Articles	TVA 7% Base :	30,00	Montant :	1,96	TVA 20% Base :		Montant
--------------	---------------	-------	-----------	------	----------------	--	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Soixante-dix Huit Dirhams et 70 centimes.

LOCATOP® 0,1%

Crème usage local

Désonide 0,1%

30 g



Pierre Fabre

maphar - Casablanca

R. LAMRINI, Pharmacien Responsable

NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I

Composition qualitative et quantitative :

Désonide : 0,1000 g.

Excipients : Vaseline, paraffine liquide, alcool cétylstéarylique et éther cétostéarylique de macrogol 1000 (EMULGADE 1000 NI), gallate de propyle, édétate de sodium, acide sorbique, eau purifiée pour 100 g.

Usage local. Lire attentivement la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

(41x29x125) mm

LOCATOP® 0,1%
Crème
Tube de 30 g



لوكاتوب®

0,1%

27810-01
08/09

ديزونيد 0,1%

دهن استعمال محلّي

Pierre Fabre
DERMATOLOGIE

30 غ
أنبوب

LOCATOP®

0,1%

Désonide 0,1%

Crème usage local

Pierre Fabre
DERMATOLOGIE



P.P.V.: 30DH00

LOCATOP 0,1%
CREME 30G

O

LOT: 20E026
PER.: 10/2023

30 g
TUBE



20 Comprimés effervescents

Voie orale

Prednisolone

Solupred® 20mg

Composition :

Prednisolone : 20 mg

Excipients q.s.p 1 comprimé
effervescent.

Excipient à effet notoire : sodium.

Lire attentivement la notice avant
utilisation

Ne pas laisser à la portée des
enfants.

Reboucher soigneusement le flacon
après chaque prise.

A conserver à l'abri de la chaleur et
de l'humidité.

صولوبريد® 20 ملخ



بردينيزولون

عن طريق الفم

20 قرصا فاترا



25

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1 - Aïn Sebaâ
20250 Casablanca

IMPRIMEPEL

37x37x55

Solupred® 20mg

Prednisolone

Voie orale

20 Comprimés effervescents



Solupred® 20mg

Prednisolone

احترم المقدار المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Solupred® 20 mg

20 Comprimés
effervescents



6 118000 060536

9

Solupred® 20mg

