

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 54326

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4304 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SAJID Mina
 Date de naissance : 22/4/59
 Adresse : 3301 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) :

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pharmacie
Argane **Nazha El Aoud**
Docteur en Pharmacie

199, bd. Bourdeaux - Casablanca
Tel : 05 22 49 21 71 / 72 - Fax : 05 22 20 19 18

092010982

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
A M P C I M I V

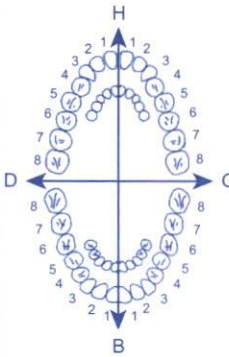
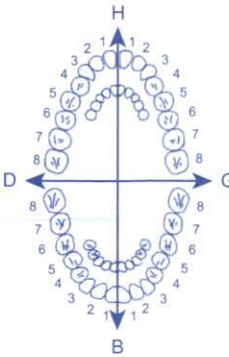
Montant détaillé des Honoraires

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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



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
<div>Pharmacie Argane Nazha El Aouf Docteur en Pharmacie 199, bd. Bordeaux - Casablanca Tél : 05 22 49 21 71 / 72 - Fax : 05 22 26 18 18</div>					
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.



30 g
TUBE

Crème usage local

Désonide 0,1%

LOCATOP® 0,1%

LOCATOP® 0,1%



NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I



Pierre Fabre

maphar - Casablanca

R. LAMRINI, Pharmacien Responsable

Composition qualitative et quantitative :

Désonide : 0,1000 g.

Excipients : Vaseline, paraffine liquide, alcool cétylstéarylique et éther cétoatéarylique 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.

LOCATOP® 0,1%
Crème
Tube de 30 g



6 118000 012061

(41x29x125) mm

27810-01
08/09

لوکاتوب® 0,1%

دیزونید 0,1%
دھن استعمال محلی

Pierre Fabre
DERMATOLOGIE

30 غ
أنبوب

LOCATOP® 0,1%

Désonide 0,1%
Crème usage local

Pierre Fabre
DERMATOLOGIE



LOCATOP 0,1%
CREME 130g
P.P.V : 30DH00

LOT : 20E026
PER.: 10 2023

30 g
TUBE





20 Comprimés effervescent

Voie orale

Prednisolone

Solupred® 20mg

26824-02

05/12

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 ملغ

بردنيزولون

عن طريق الفم

20 قرصا فائرا



Handwritten signature in blue ink.

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1 - Aïn Sebaâ

20250 Casablanca

IMPRIMEPEL

Solupred® 20mg

Prednisolone

Voie orale

20 Comprimés effervescents

sanofi aventis

Solupred® 20mg



37x37x55

Solupred® 20mg

Prednisolone

احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Solupred® 20 mg

20 Comprimés
effervescents



9