

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-628284

159481



Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : 13219 Société :

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : ADDOUI Abdellah

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0622 512022 Total des frais engagés : 382,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/04/2023

Nom et prénom du malade : EL BADI DINA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Agelie cœliaque

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 : Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/04/2023

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
16 -04- 2023	CS	1	3500	INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE HANAY HANA Mme. FIKRI Soumia 7, Marché El Hara Tél. 05 22 54 61 83 096 80 83d</i>	26/04/23	32,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

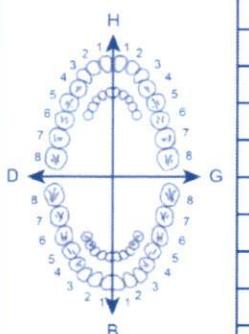
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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	INP : 
				

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
G	
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des Travaux


Montants des Soins

Montants des Soins


Date du devis

Date du Devis


Date de l'exécution

Date de l'Execution


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE DERMATOLOGIE

Médecine et Chirurgie de la Peau et du Cuir Chevelu
Maladies Sexuellement Transmissibles
Dermatologie Esthétique
Laser Dermatologique

Docteur Samira MANSOURI
DERMATOLOGUE

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris
Ancienne Attachée des Hôpitaux de Paris
Membre de la Société Française de Dermatologie

الدكتورة سميرة منصوري

خريجة كلية الطب بيباريس
اختصاصية
في أمراض و جراحة الجلد

Je 26- 04- 2023

DR BATTI - DINIA

32.50

Di PROZONE levi

2 fts 18

70.

~~PHARMACIE HAY EL HANA
Mme. SAMIRA Soumia
7, Marché El Hana Hay El Hana
Casablanca. Tél: 05 22 94 87 49~~

~~DR SAMIRA MANSOURI
DERMATOLOGUE
VIA
0522 984970~~

Tube de 30 g

DIPROSONE® 0,05 %
crème

أنبوب 30 غ

DIPROSONE 0,05 %
crème



ديبروزون® 0,05 % كريم

بيتاميتازون
للهن فقط

LOT : 159
PER : DEC 2025
PPV : 32 DH 50



0,05 %

30 نجات

201007/03

Composition : dipropionate de bétaméthasone micronisé : 0,064 g (quantité correspondante en bétaméthasone : 0,050 g).
Pour 100 g de crème. Excipients : vaseline, alcool cétostéarylique, paraffine liquide, éther monocétyle de polyoxyéthylène g lycol 1000, dihydrogénophosphate de sodium monohydraté, chlorocrésol, acide phosphorique concentré, eau purifiée.
Excipients à effet notoire : chlorocrésol, alcool cétostéarylique.



Fabriqué et distribué par : PHARMACEUTICAL INSTITUTE BP 4491 – 12100 Aïn el aouda – Maroc
Pharmacien responsable : Maria SEDRATI

DIPROSONE® 0,05 % crème

Bétaméthasone

Voie cutanée uniquement



Tube de 30 g

AMM N°: 75 DMP/21/NTT

DIPROSONE® 0,05 % crème

Lire la notice avant utilisation.

Ne pas appliquer dans les yeux.

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS

40x20x145

7

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
NE PAS AVALER**

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

L: 94