

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12568 Société : RHM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Houssein Essolté

Date de naissance : 27/10/41/87

Adresse : Riad 11 Andalousse 2mm 59 Marbella 3

Apt 20 Hm Riad Rabat

Tél. : 0678490701

Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. Salwa AFAI  
Professeur de Radiologie  
76, Bd. Abdelmoumen Fès. Koutoubia  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 23 88 60 - Fax: 05 22 23 88 61  
ICE : 002106039000093  
INP : 091034447

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/04/2023

Nom et prénom du malade : M. Houssein A. AFAI

Lien de parenté :  Lui-même

Nature de la maladie : Dr. Salwa AFAI

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Professeur de Radiologie

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements à caractère 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) :

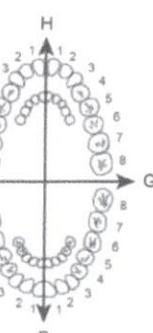
Le : / /

VOLET ADHERENT

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
14/04/23		G3	300dk	INP : 16 Dr. Sattar Professeur de CASABLANCA Bd. Abdelmoumen Rés. Ksar Boula 92-23-88-60 Fax: 05-22-28-88-6 00210603900093 091034447
				16

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																			
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																			
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>															
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>															
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>															
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>															
<b>O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES</b>  	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">-----</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3">35533411 11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-----			B	00000000	00000000	35533411 11433553			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	H	25533412	21433552																
	D	00000000	00000000																
	-----																		
	B	00000000	00000000																
	35533411 11433553																		
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>															
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>															
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																			

**Dr. Salwa CHAFAI**

Professeur de Pédiatrie

Spécialiste en Hépatologie,  
Gastro-entérologie, Nutrition et  
Endoscopie Digestive Pédiatriques  
Lauréate de la faculté de médecine  
de Casablanca et de l'université Paris V

**الدكتورة سلوى الشافعي**

أستاذة في طب الأطفال

اختصاصية في أمراض الكبد الجهاز الهضمي  
التغذية و التشخيص بالمنظار  
الداخلي عند الطفل  
خريجة كلية الطب بالبيضاء  
و جامعة باريس V

Casablanca, le .....

١٤١٥٤١٢٦٢٣

ESSAÏTÉ Lily A



325,00

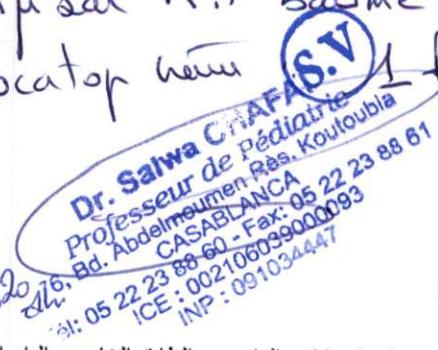
1) Infanix hexA (Vaccine)

630 2) Dure 21000 ui : 1 ampoule S.V.

900 3) Nacha liz A.R : S.V.

799 4) Lifi San A.P baume : tout le corps / tous les soins S.V.

1005 5) Locatop neuve : 1 fois / jusqu'à disparition des dém



56، شارع عبد الرحيم بو عبيد، زاوية زنقة إيبليس - فضاء مكاتب الوزايس - الطابق الخامس - الدار البيضاء

56, Bd Abderrahim Bouabid, Angle rue Ibis - Espace Bureaux Oasis - 5<sup>ème</sup> étage - Casablanca

Tél : 05 22 23 88 60 - GSM : 06 61 15 36 77 - المحمول : 05 22 23 88 60

E-mail : salwa.chafai@gmail.com البريد الإلكتروني :

# LOCATOP® 0,1 %

Désonide 0,1%  
Crème Usage local

## ■ ID

Dénom.

Comp.

Désor.

Vasel.

éther

(EMU

de so...

Pour 100 g.

LOT : 23E005  
PER.: 01/2026

LOCATOP 0,1%  
CREME T30G

P.P.V : 30DH00



6 118000 012061

**Forme pharmaceutique :** Crème, tube de

**Classe pharmaco-thérapeutique :**

GLUCOCORTICOIDE TOPIQUE (D: Dermat)

## ■ DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament est préconisé dans certaines maladies de peau comme l'eczéma de contact, la dermatite atopique, le psoriasis, mais votre pharmacien peut le prescrire dans d'autres cas.

## ■ ATTENTION !

**Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament ?**

Ce médicament ne doit pas être utilisé dan-

PPV: 56,30 DH  
LOT: 22B23D  
EXP: 02/2024

Sauv Surgas -

