

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 canaux, 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 canaux.

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.

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° W21-810895

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12698 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : AIT EL HAJ Mustapha
 Date de naissance : 08/04/1987
 Adresse :
 Tél. : 0661 44 75 59 Total des frais engagés : 852,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : 02/04/2023

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
11.09.23		3	2000	

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
11.09.23	292,60
31.10.23	259,70

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D																		
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	G																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur LOCATELLI Colette

Dermatologie - Vénérologie
Médecine Esthétique

Diplômée de la Faculté de Médecine
De BESANCON

Spécialiste des Maladies de la Peau
et du Cuir Chevelu

الدكتورة كوليت لوكاتيلي

خريجة الطب بيزنسون - فرنسا

إختصاصية في أمراض الجلد

و الشعر و الأمراض التناسلية

طب التجميل

Casablanca le: 2 10 23

Dr. F. H. A. T. D. R. A. N.

24,20

- Ketoderm oclats

1/2 / 200

400

see feet de double

tout le cas. 5000

45, 20 x 2 / 30, 40

- NYCOSTER 2000

S

= 5012 pl 400

(aest future)

SV

rice

PHARMACIE HASSENA SARL AU
118 - 119 Immin 12/13
Lot Al Khouzama
Casablanca
Tél: 05.22.65.02.44

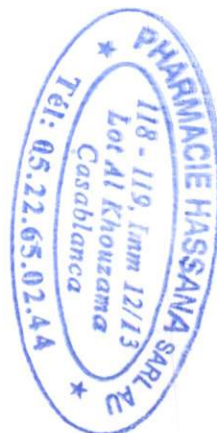
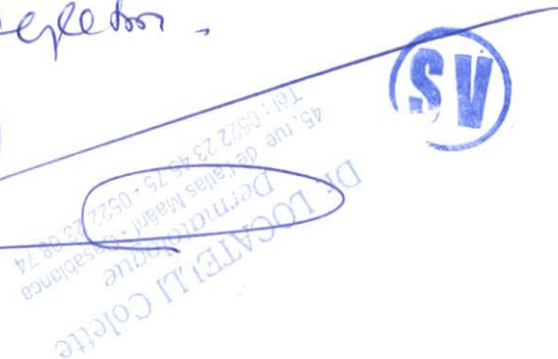
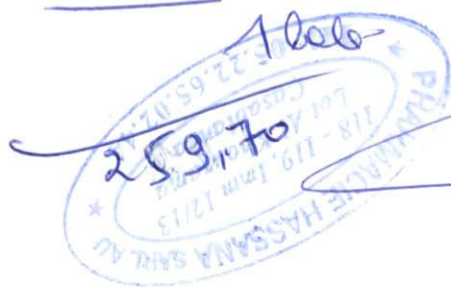
(de)

LOCARRO 16,60 x 21. 33,20

= 5012 (85)
2000 ou 2 (80)

ou 2 bras ouf ouf
51,90

- ALORA 5.5 Septem.



Neoxiol

- 10 puls 3 ou 10
(3mm)

- Lypkai gel ou TOZAYSE
religant, gel religant SR

Docteur LOCATELLI Colette

Dermatologie - Vénérologie
Médecine Esthétique

Diplômée de la Faculté de Médecine
De BESANCON

Spécialiste des Maladies de la Peau
et du Cuir Chevelu

الدكتورة كوليت لوكاتيلي

خريجة الطب بيزنسون - فرنسا

إختصاصية في أمراض الجلد

و الشعر و الأمراض التناسلية

طب التجميل

Casablanca le, 11. 9. 23

Dr. LOCATELLI AZAM

Flouci

FLYNARZOLE 150

70,40 1 gel par semaine
(4 semaines)

29,00
Alone S = 29,00 - 78



22,70
Bayacutene, notice (80)
10ml x 2 (80)

30,50
FUNGUSIST cream = 30,12 (4 semaines)
140,00

Orles cream = 20,00

292,60

45, Rue de l'Atlas - Maârif - Casablanca - Code Postale: 20330 - Tél.: 0522 23 45 75/23 08 74 - Mobile : 06 67 77 73 77

45, زنقة الأطلس - معاريف - الدار البيضاء - رمز البريد : 20330 - الهاتف : 0522 23 45 75/23 08 74 - المحمول : 06 67 77 73 77

E-mail : locatellicolette@yahoo.fr

LOT : GY8293
PER : 03 2026
PPV : 22 70

FUNGILYSE® Crème

PPV 30DH50
EXP 01/2026
LOT 2N021 2

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Ketoderm 2% gel b8 sachet
P.P.V : 84,20 DH

6 118001 181490

MKBST 60
10-2024

Lot/EXP:

MYCOSTER 1%
CREME T30G

P.P.V : 45DH20

6 118000 011118

LOT : 23E009
PER : 07 2026

MYCOSTER 1%
CREME T30G
P.P.V : 45DH20
6 118000 000881

LOT : 23E009
PER : 07 2026

LOCAPRED 0,1%
CREME T15G

P.P.V : 16DH60

6 118000 010951

LOT : 23E011
PER : 07 2025

LOCAPRED 0,1%
CREME T15G

P.P.V : 16DH60

6 118000 010951

LOT : 23E011
PER : 07 2025

10 أقراص ملبسة
عن طريق الفم

ألورا 5 ملغ

ديسلوراتادين

مرة واحدة يوميا
طويل المفعول
لا يسبب النعاس
مضاد للحساسية

ALORA 5 mg ○

10 Comprimés

Deva Pharmaceutique



6 118000 410072

LOT: M1008
PER: 03/2025
PPV: 29,00DH



مختبرات ديفا للصيدلة

ج. واجدي صيدلي مسؤول

146-147 المنطقة الصناعية بيط ميل - الدار البيضاء

ألورا 5 ملغ

ديسلوراتادين

مرة واحدة يوميا
طويل المفعول
لا يسبب النعاس
مضاد للحساسية

ALORA 5 mg ○

20 Comprimés

Deva Pharmaceutique



6 118000 410089

LOT: M1070
PER: 06/2025
PPV: 51,90 DH



مختبرات ديفا للصيدلة

ج. واجدي صيدلي مسؤول

146-147 المنطقة الصناعية بيط ميل - الدار البيضاء

Julphar

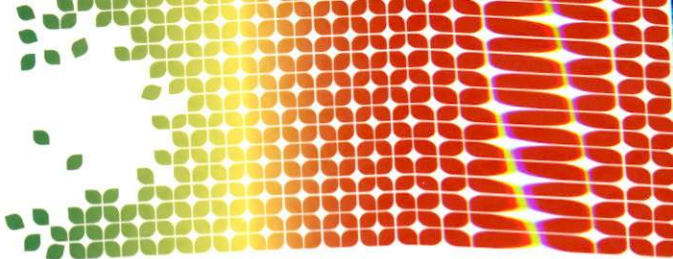
mebo

0.25% W/W β -sitosterol

Brûlures | Plaies | Ulcères cutanés

30 g

Pommade à base de plantes



Composition:

Extrait de l'huile de sésame (β -Sitostérol)..... 81-85 /100g
Excipient QSP tube de 30 g

Excipient à effet notoire: Huile de sésame

Conserver à une température ne dépassant pas 25°C

Ne pas Laisser à portée et à La vue des enfants.

Pour les indications, les contre-indications, Les effets secondaires, La posologie: voir notice

PPV: 140,00 Dhs

AMMN°:318/12 DMP/21/NCF

Distribué par LABORATOIRE PHARMACEUTIQUE
NOVOPHARMA, Z.I. I^{er} Tit Mellil -Casablanca - Maroc.

Sous licence des Industries Pharmaceutiques du Golfe –
Julphar, Ras Al Khaimah, E.A.U

Avec l'autorisation de:

Beijing Guangming Chinese Medicine Institute for
Burns, Wounds & Ulcers, China et de l'inventeur de
MEBO, le Professeur Xu Rongxiang.

Mynazol[®]

FLUCONAZOLE

150 mg

4 gélules

Voie orale

Lot N° :

Exp :

PPV :

70,40

