

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

- Reclamation : 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° P19- 055336

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3280 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SALHI RABHA
Date de naissance : 1949 à CASA
Adresse : 2 Rue NAORIS (ex Mouettes)
Ferme Bretonne CASA 02
Tél. : 0669095376 Total des frais engagés : 50,20 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 :

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 : CASA Le : 08 / 02 / 14
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
	08/02/2026	50,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

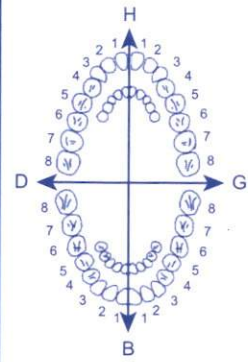
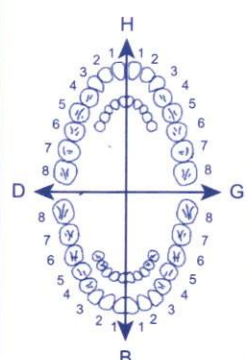
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				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

Pharmacie ODYSSEE - Casablanca

AMOR ASMAA

0522255263

15 BIS RUE TANANE FERME BRETONNE, CASABLANCA



Facture N° 20240227-418

Date de vente : 08/02/2024

Médecin traitant :

Salhi Rabba

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
AUREOMYCINE PD 3% POMMADE DERMIQUE	1	9,30	TVA (7.00%)	9,30
ELUDRIL BAIN DE BOUCHE SOLUTION 90ML	1	17,70	TVA (7.00%)	17,70
BOURGET CO INOSITOL B20 COMP EFFER REFF 900014	1	23,20	TVA (7.00%)	23,20

Total HT	46,92 DHS
TVA	3,28 DHS
Total	50,20 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cinquante DHS et vingt centimes

PHARMACIE ODYSSEE
Asmaa AMOR
15 bis, Rue Tanane, Ferme Bretonne
Beausejour Casablanca
Tél/ Fax: 0522 25 52 63

IF : 51500142 CNSS : 6288311 TP : 36028170 ICE : 001084170000070

Tel : 0522255263

Adresse : 15 BIS RUE TANANE FERME BRETONNE, CASABLANCA

Eludril®

Chlorhexidine-Chlorobutanol

Solution pour bain de bouche

Composition en substances actives :

Solution de digluconate de chlorhexidine
0,500 ml

Chlorobutanol hémihydraté0,500 g

Pour 100 ml de solution.

Titre alcoolique: 42,8 % v/v

Excipients : docusate de sodium, éthanol à 96 pour cent, glycérol, lévomenthol, solution alcoolique d'huile essentielle de menthe, eau purifiée, rouge cochenille A (E124).

Excipients à effet notoire :

Rouge cochenille A (E124), alcool.

Indications :

Traitement local d'apoint des affections de la cavité buccale et lors de soins post-opératoires en odonto-stomatologie.

Mode et voie d'administration :

Utilisation locale en bain de bouche.

Ne pas avaler.

La solution doit être diluée avant utilisation.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

لائحة السواغات ذات الفعالية المعروفة : أحمر الكوشنيل (E124)، كحول.

الإرشادات : علاج موضعي مكمل ضد تعفنتات جوف الفم وخلال العناية بعد الجراحة في طب الأسنان والفم. كيفية وطريقة الإستعمال :

استعمل موضعيا عن طريق غسل الفم.

يجب تخفيف المحلول قبل الاستعمال.

يجب قراءة النشرة بنمعة قبل الإستعمال لا يباع

يحفظ بعيدا عن مرأى ومتناول الأطفال

Medicament non soumis
à prescription médicale
هذا الدواء لا يخضع لوصفة طبية



Pierre Fabre Médicament

maphar

Km 10, route côtière 111,
quartier industriel, Zenata, Ain Sebaâ
Casablanca - Maroc

Eludril
solution

Solution pour bains de bouche



6 118000 010548

Eludril®

Chlorhexidine-Chlorobutanol

Solution pour bain de bouche



Flacon de 90 ml avec gobelet-doseur

إلودريل®

كلوريكسيدين-كلوروبوتانول

محلول لغسل الفم



قارورة من فئة 90 ملل مزودة بكوب - مقياس

AUREOMYCINE® 3%

Chlortetracycline chlorhydrate

Pommade dermique - Tube de 15 g



Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc

Composition :
Chlortetracycline chlorhydrate 0,45 g
Excipients q.s.p. 15 g

AUREOMYCINE® 3%

Chlortetracycline chlorhydrate
Pommade dermique - Tube de 15 g

PROMOPHARM s.a.



6 118000 240051

أوريثوميسين 3%

كلورتتراسيكلين كلوريدرات
مرهم جلدي - أنبوب 15 غ

BOURGET INOSITOL®
20 comprimés effervescents 300 mg



6 118000 031215

INDICATIONS - PRECAUTIONS D'EMPLOI :
بواعي الإستعمال - احتياطات الإستعمال :
Voir notice
أنظر النشرة
POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :
الجرعة و كيفية الإستعمال :
1 à 3 comprimés effervescents par jour,
1 إلى 3 أقراص فائرة في اليوم، نذاب في نصف
à dissoudre dans un demi-verre d'eau
كأس من الماء



Tube à conserver bien fermé, à l'abri
de la chaleur et de l'humidité

يُحفظ الأنبوب مغلقاً بإحكام بعيداً
عن الحرارة والرطوبة

مخابر التحضرات الصيدلانية لشمال إفريقيا - 21، زنقة الأودية - الدار البيضاء - المغرب
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDIA - CASABLANCA - MAROC

Laprophan
لابروفان

بورجي إينوزيتول®

20 قرصائير

لابروفان

COMPOSITION :

Carbonate monosodique 300 mg
Sulfate de sodium anhydre 50 mg
Phosphate disodique anhydre 100 mg
Méso-inositol 200 mg
Excipient q.s.p. 1 comprimé effervescent

تركيبة الدواء :
كاربونات أحادية الصوديوم 300 ملغ
سولفات الصوديوم الألامني 50 ملغ
فوسفات ثنائي الصوديوم الألامني 100 ملغ
ميزو-إينوزيتول 200 ملغ
السواغ كمية كافية لقرص واحد فائير

EXCIPIENT A EFFET NOTOIRE :

Sodium : environ 435 mg par comprimé

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

AMM N° 614 DMP / 21

السواغ المعروف بتأثيره :

الصوديوم : 435 ملغ تقريبا في كل قرص

يُحفظ بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال

BOURGET INOSITOL®

LOT 33005 1
EXP 02/2026
PPV 23DH20

BOURGET INOSITOL®

20 comprimés effervescents

Laprophan

