

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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**

196 990

Matricule : 3280

Société : RAM

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre**

Nom & Prénom :

SALHI RABHA

Date de naissance :

1949 à CASA

Adresse :

2 Rue NADORIS (ex Moulettes)  
Ferme Bretonne CASA 02

Tél. : 06 69 09 53 76 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) : Salhi

## **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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ODYSSEASMAA AMOR 15, Rue Farahane, Ferme de Bassejouur Casablanca Tél/Fax: 0527 15 15 15	08/02/2026	50,20

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

### Important :

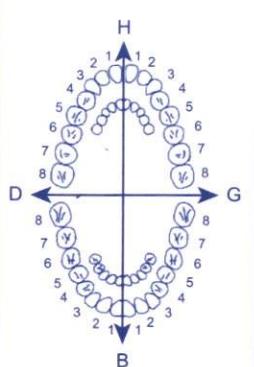
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



**(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET 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 Rabha

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
<b>Total</b>	<b>50,20 DHS</b>

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

PHARMACIE ODYSSEE  
Asmaâ AMOR  
Rue Tanane, Ferme Bretonne  
Beausejour Casablanca  
Tél/Fax: 0522255263

# Eludril®

**Chlorhexidine-Chlorobutanol**

Solution pour bain de bouche

**Composition en substances actives :**

Solution de digluconate de chlorhexidine  
0,500 ml

Chlorobutanol hémihydraté .....0,500 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).

**Exipients à effet notoire :**

Rouge cochenille A (E124), alcool.

**Indications :**

Traitements locaux d'appoint 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**

لانحة السواغات ذات الفعالية المعروفة : أحمر الكوشنيل (E124)، كحول،  
الإرشادات : علاج موضعي يكمل ضد تهافتات جوف الفم وخلال المعانة بعد الجراحة في طب الأسنان والفم.  
كيفية و طريقة الاستعمال :

استعمل موضعي عن طريق غسل الفم.  
يجب تخفيف المحلول قبل الاستعمال.  
يجب قراءة النشرة بتمعن قبل الاستعمال  
لا يبيع  
يحفظ بعيداً عن مرأى و متناول 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 Sébaâ  
Casablanca - Maroc



# Eludril®

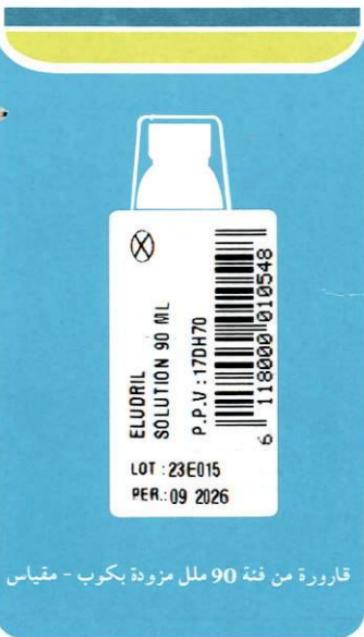
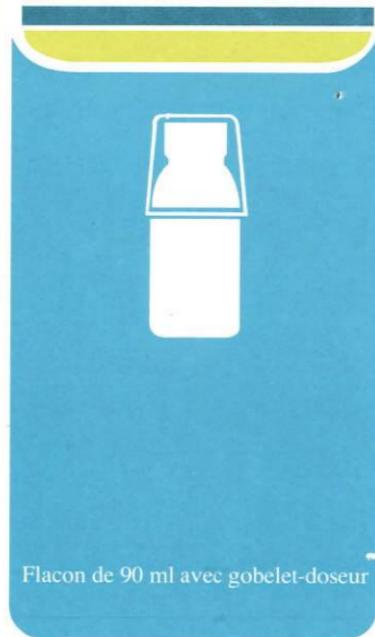
**Chlorhexidine-Chlorobutanol**

Solution pour bain de bouche

إلودريل®

كلوريكسيدين- كلوروبيوتانول

محلول لغسل الفم



قارورة من فئة 90 مل مزودة بكوب - مقاييس

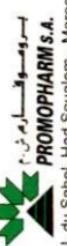
ELUDRIL  
SOLUTION 90 ML  
P.P.V.: 170H70  
6 118000 010548

LOT: 23E015

PER: 09 2026

# AUREOMYCINE® 3%

Chlortétracycline chlorhydrate  
Pommade dermatique - Tube de 15 g



Composition :  
Chlortétracycline chlorhydrate ..... 0.45 g  
Excipients q.s.p. ..... 15 g

أوروميسيسين® 3%

كلورتريسيكلين  
بالماء - كيلوغرام  
膏药 - 15克

AUREOMYCINE® 3% ○

Chlortetracycline chlorhydrate,  
Pommade dermatique - Tube de 15 g  
PROMOPHARM S.A.



6 118000 240051

**BOURGET INOSITOL®**  
20 comprimés effervescents 300 mg 



6 118000 031215

**INDICATIONS - PRECAUTIONS D'EMPLOI:** دواعي الاستعمال - احتیاطات الاستعمال :

[Voir notice](#)

**POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION**



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

**الجرعة و كيفية الاستعمال :**

يحفظ الآنسوب مفلا بإحكام يعدها

**Laprophan** لابروفان  
مخابر المستحضرات الصيدلانية لشمال إفريقيا - 21، زقة الأوداية - الدار البيضاء - المغرب  
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21 RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

# بورجي إينوزيطول®

20 فصایل



**BOURGET INOSITOL®**

LOT 33005 1  
EXP 02/2026  
PPU 23DH20

<b>COMPOSITION :</b>	
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

**EXCIPIENT A EFFET NOTOIRE :**

**Tenir hors de la portée et de la vue des enfants**

AMM N° 614 DMP / 21

كشة كافة الفرع واحد فائز	السوان
غير مصنف	بورسيتزيل
100	الصوديوم الالماني
50	الصوديوم الايرلندي
300	كاربونات الصوديوم
200	تركتيزيت الماء

السوق المعروف بتأثيره: الصوديوم: 435 ملغم تقريباً في كل فرصة

يحفظه بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال

# BOURGET INOSITOL®

20 comprimés effervescents

Laprophan