

## 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.

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° W19-448522

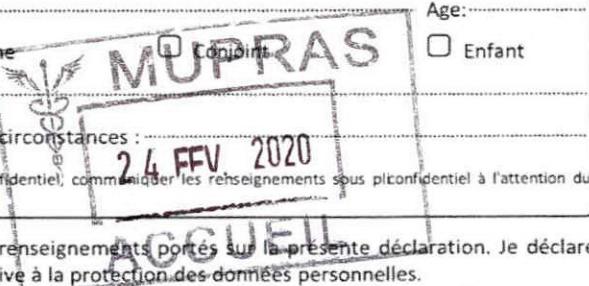
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>22291</b>			
Matricule : <b>594</b>		Société : <b>Venue</b>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>YAHOU AICKE</b>			
Date de naissance :			
Adresse : <b>BD Mc Pdi Ben Benka n°53 Bmogne</b>			
Tél. : <b>0661450263</b>		Total des frais engagés : ..... Dhs	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : ..... / ..... / .....		
Nom et prénom du malade : ..... / .....		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	Age: ..... / .....
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 : ..... / .....

Le : ..... / .....



#### 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
				INP : <input type="text"/>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		99,00

## 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
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## BELEVE 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	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 PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																				
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		G		35533411	00000000	11433553	00000000	B				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H		G																						
25533412	00000000	21433552	00000000																					
D		G																						
35533411	00000000	11433553	00000000																					
B																								
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<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

# PHARMACIE EL MANAR

Mme Naïma EL AMRANI

Diplômée de la Faculté de Paris

Rue Mehdi Ben Barka

Hay Tassahoul - Bourgogne

Téléphone : 022.26.13.72

C.N.S.S. : N° 47063

Casablanca

N° 0000465

صيدلية المنار

نعيمة العمراني

صيدلية من كلية باريس

زنقة المهدى بن بركة

حي التسامى - بوركون

الدار البيضاء

الهاتف : 022.26.13.72

47063 رقم : ص.و.ض.ج.

Casablanca, le

28/01/2020

الدار البيضاء، في

M

YALLOU

Arch2

السيد

1	Locatop 500ml Sociwax sp	30,00 69,00 99,00
Quatre Vingt Dix Neuf Dirhams --		
	PHARMACIE EL MANAR CASABLANCA 48, Avenue Mehdi Ben Barka Bourgogne CASABLANCA	

## LOCATOP® 0,1 %

**Désonide 0,1%**  
**Crème Usage local**

LOCATOP 0,1%  
CREME T30G  
P.P.M. : 300000  
LOT : 9MAUSS  
PER.:01 2022

6111180000012061

## ■ IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Dénomination : LOCATOP® 0,1 %, crème

## Composition qualitative / composition quantitative :

Désonide ..... 0.1000 g

Vaseline, paraffine liquide, alcool cétylstéarylque et éther cétostéarylque de macrogol 1000

(EMULGADE 1000 NI), gallate de propyle, édétate de sodium, acide sorbique, eau purifiée.

Pour 100 g.

**Forme pharmaceutique :** Crème, tube de 30 g.

## Classe pharmaco-thérapeutique :

## GLUCOCORTICOIDE TOPIQUE (D: Dermatologie)

#### ■ 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 médecin peut le prescrire dans d'autres cas.

## ■ ATTENTION !

#### **Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament :**

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas

LOT: 190236  
DUO: 05/2022  
69.00 H

JOUAJDI Pharmaceutique  
abpharmaciens Deva Pharmaceutique

Deva

جـ ٢٣  
٢٠٢٢



200 ml

الشكل و  
دوسيفوك  
علة من

التركيبة:  
البروتوبيليس  
مستخلص  
تومتن. سد

من المادة القنفديّة الأرجوانية  
بارات العيزيزوم. سيلبيس غرواني  
تول.

دوسنوموكس ينكون من مجموعة متكاملة من مستخلصات البيانات الطبية المعترف لها بفعاليتها  
دواعي الاستعمال: وفي التحفيظ من إلتهابات المخنق والمسالك التنفسية  
القىقية المخنق.

بروتوبيليس: مطهرو مضاد للجراثيم  
فيتامين س: مصادر للأكسدة و يقوى المناعة  
مستخلص الأوكالبتوس: مثيل للإختناق ويساعد على التنفس  
مستخلص حاف من المادة القنفديّة الأرجوانية: يقوى و يحفز المناعة الذاتية  
مستخلص الرخبيل: مصادر للأكسدة. مضاد للإلتهاب مقاوم للقزام

الجرعات:  
قرص واحد يمتص ثلاث مرات في اليوم

مخذرات الاستعمال:  
لا يستعمل في حالة الحساسية لأحد المكونات  
لا تتجاوز الجرعات المسموحة  
هذا مكمل غذائي وليس بدواء  
يحفظ بعيداً عن الحرارة والرطوبة