

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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 | adhession@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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-706738

21/05/22



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	72 929	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Douimi Khadija			
Date de naissance : 13-12-1990			
Adresse : lot Tissir N°04 DAR Banzza, Casablanca			
Tél. :	06 67 46 54 66	Total des frais engagés : 786,7 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
19 MAI 2022 CASA	
Nom et prénom du malade : Khadija Douimi	
Age : 27	
<input type="checkbox"/> Lien de parenté : Affectée	<input type="checkbox"/> Lui-même
<input type="checkbox"/> Nature de la maladie : Peratologique	<input type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> 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 : 19/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
18/04/22		CS	300/	INP : 091145554

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Fouad Filali Aoual Tél: 0664 290 390	18.04.23 18.04.23	54,4 432,10

## ~~ANALYSES - RADIOGRAPHIES~~

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date : 09/03/90 INF : 092103340	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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	INP : <input type="text"/>															
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX															
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS															
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION															
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION															
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">D</td> <td style="text-align: center; border-top: none;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	D		G	35533411	00000000	11433553	B			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
D		G																	
35533411	00000000	11433553																	
B																			
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS															
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS															
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION															



# Dr. Laila DAOUI

Dermatologue

- Lauréate de la faculté de Médecine de Casablanca
- Diplômée en Dermatologie esthétique et chirurgicale de l'Université de Versailles - Paris
- Ancienne Interne au CHU de Besançon - France

Casablanca, Le : 18 / 4 / 2022

Patient : Laila DAOUI

20.10

① Clenaderm crème



30.4

soins



② Shampooing C hélène

50.4

shampooing

curdure

Le soin → 15.

10.15 → 12

la date



100, شارع مولاي إدريس الأول، إقامة تنعيم، الطابق الأول الشقة رقم 1، حي المستشفيات - البيضاء

100, Bd Mly Driss ler, Résidence TANAIM, Etg. 1 Appt 1

Quartier des Hôpitaux - Casa

Tél.: 05 22 86 26 66 - GSM : 06 79 64 82 32 - E-mail : lailadaoui@hotmail.fr



30g

30g

LOT : 3411  
UT. AV : 09-24  
P. P.V : 34 DH 70

# Skinosalic®

Lotion

Voie cutanée

Bétaméthasone (dipropionate)  
et acide salicylique.

# Skinosalic®

Ne pas avaler

Conserver à l'abri de la chaleur

Skinosalic Lotion  
Flacon de 30g



6 118000 091578

# VALEX® 500 mg

Valaciclovir



Voie orale



42  
LOT 21024  
03/2024  
P.P.V. 432DH00



42

Comprimés enrobés

## VALEX® 500 mg

**Composition :**

Valaciclovir ..... 500 mg

Excipients (dont lactose) q.s.p. ....

1 Comprimé enrobé

Voir la notice pour plus d'informations

**التركيب :**

فالاسيكlovير ..... 500 مغ

السوغ (بما فيه اللاكتوز) بما يكفي

مغ

قرص واحد مختلف

انظر النشرة لمزيد من المعلومات



2CS0049.V01

**Ne pas dépasser la dose prescrite**

لا تتجاوز дозы назначения

Tableau A (Liste 1)

**Fabriqué par :**

PROMOPHARM S.A.

Z.I. du sahel, Had Soualem - Maroc

التركيب :

بكلوميتابازون ديبروبيونات (د.س.ا.) ..... 0,025 غ  
سواغات (بما فيها بروبيلين كليكول) لاجل ..... 100 غ  
لا يترك في متناول الأطفال  
يحتفظ به في حرارة لا تتعدي 25 درجة  
اقرأ النشرة قبل الاستعمال

134X3526

NE PAS AVALER

# Cleniderm®

Béclométasone dipropionate

Crème dermique

Tube de 30 g

2CS0176.V01



## Composition :

Béclométasone dipropionate (D.C.I) ..... 0,025 g  
Excipients (dont Propylèneglycol) q.s.p. ..... 100 g

Ne pas laisser à la portée des enfants

Conserver à une température ne dépassant pas +25°C

Lire attentivement la notice avant utilisation

# كلينيدرم®

بكلوميتابازون ديبروبيونات

أنبوب 30 غ

Cleniderm®  
crème

Tube de 30 g

Béclométasone dipropionate

Cleniderm®  
crème

دهن جلدي

Cleniderm® crème  
Béclométasone dipropionate  
PROMOPHARM S.A.



6 118000 241195

80,00

