

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 1052226

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5672 Société : T.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL SAFI Tounia

Date de naissance : 10-12-1975

Adresse : 235 BOI YALOUZ EL MAHROUN

Tél : 0661321422 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/07/2022

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Dermatologie

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 : 28/07/2022 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


## 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.



# 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
28.07 22	h		300	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/07/22	281,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

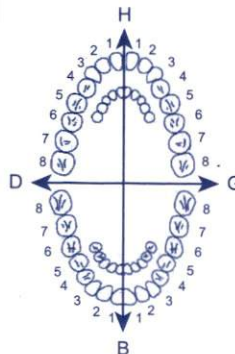
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

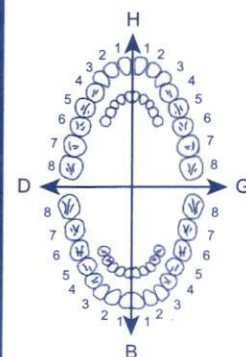
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H		H
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
		B

(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

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

Dr. LOCATELLI Colette  
Casablanca le: 28.07.22  
45, rue de l'Atlas Maârif - Casablanca  
Tél: 0522 23 45 75 - 0522 23 08 74

N. EL SAR TORIA

Baycutene = natu (8F)  
1 motu sur 2 (8F)  
fuer auct

صيدلية الشرق  
PHARMACIE DE L'ORIENT  
Mme LAKHSASSI TABBARA Latifa  
219, Bd. Yacoub El Mingsour - Casablanca  
Tél: 0522 36 75 51

MYCOSTER Baume = (à délayer de 15F)  
natu (30ms)

MYCOSTER creme = 812 (40ms)

MYCOSTER 1%  
CREME T30G  
P.P.V: 45DH20  
LOT: 21E016  
PER: 07 2024  
6 118000 011118

MYCOSTER 1%  
CREME T30G  
P.P.V: 45DH20  
LOT: 21E018  
PER: 07 2024  
6 118000 011118

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

MYNAZOLE 150

70,60

2 gel par semaine (4 semaines)

281,50

Dr. Locatelli Colette  
rue de l'Atlas 11, 2011 Casablanca  
Tél: 0522 23 45 75 - 0522 23 00 14

صيدلية الشرق  
PHARMACIE DE L'ORIENT  
Mme LAKHSASSI TAËBARA Latifa  
212, Bd Yacoub El Mansour - Casablanca  
Tél: 0522 26 75 51





# MYCODERME® 1%

Poudre dermique  
Nitrate d'éconazole

LOT: 08221020  
PER: 09/2026  
PPV: 49,00 DH



Usage externe

Flacon de 30 g



## Composition par 100 grammes

Nitrate d'éconazole ..... 1 g  
Acide borique ..... 10 g  
autres excipients ..... q.s.p

مكونات من أجل 100 غرام

1 غ ..... نيترات الإكونازول  
10 غ ..... حمض البوريك  
سواغات أخرى ..... ك.ك.ل.

AMM N° : 168/16 DMP/21/NRQ

MYCODERME® 1%

Poudre dermique  
Nitrate d'éconazole



# MYCODERME® 1%

Poudre dermique  
Nitrate d'éconazole

LOT: 08221020  
PER: 09/2026  
PPV: 49,00 DH



Usage externe

Flacon de 30 g



## Composition par 100 grammes

Nitrate d'éconazole ..... 1 g  
Acide borique ..... 10 g  
autres excipients ..... q.s.p

مكونات من أجل 100 غرام

1 غ ..... نيترات الإكونازول  
10 غ ..... حمض البوريك  
سواغات أخرى ..... ك.ك.ل.

AMM N° : 168/16 DMP/21/NRQ

MYCODERME® 1%

Poudre dermique  
Nitrate d'éconazole

IDEMCO

Fabricants :

Laboratoires Pfizer S.A.  
Km 0,500, Route de Oualidia  
B.P 35 - 24000 El jadida - Maroc

Titulaire d'AMM

Bayer S.A.  
Bd Sidi Mohamed ben Abdellah  
Casablanca marina, Tour d'Ivoire 1, Etage 3,  
Casablanca 20030 - Maroc

Uniquement sur ordonnance

احترموا الجرعات المعبنة  
Respecter les doses prescrites



Baycutène® N

Baycutène® N

Anti-eczémateux

15 g de crème

Bayer

Usage externe

LOT :

PER :

PPV :

22, 70

2025

22, 70

22, 70

22, 70

22, 70