

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- 081142

141388

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4308 AJID Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SAJID Mina

Date de naissance : 27/4/59

Adresse : 330, Bd de Boudaou

Tél. : 0667030568 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/12/2022

Nom et prénom du malade : SAJID Mina Age: 63 Ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Dermatose

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 20/12/2022 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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
06/12/22	cc	cc	250 m	Dr. LAHLOU MAJIDI Dermatologue - Veneré - Casablanca 22 Ahmed EL Majjati - Casablanca GSM: 06 61 05 69 78
13/12/22	Consulte	Consulte	Consulte	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Dr. EL AGUID Droguier en Pharmacie Casablanca 05 21 71 72 - Fax: 05 22 28 11	06/12/22	318,10
	13/12/22	48,30

092010982

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 :

Veuillez 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Majid Lahlou

الدكتور مجيد لعلو

SPECIALISTE

DERMATOLOGUE-VENEREOLOGUE

Maladies de la Peau, du cuir Chevelu et
des ongles.

Maladies Sexuellement Transmissibles

Chirurgie Dermatologique

COSMETOLOGIE.

72, Rue Ahmed El Mejjati - Maarif

(EX. ALPES) - 2ème étage

CASABLANCA - Tél : 05 22 25 35 69

G.S.M : 06 61 06 69 78

اختصاصي
في أمراض الجلد و الشعر
و الأظافر

الأمراض التناسلية

جراحة الجلد

علم التجميل

72, زنقة أحمد المجاطي (سابقا ز. ذي زالب)

الطابق الثاني - المعارف

الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 25 35 69

المحمول: 06 61 06 69 78

CASABLANCA, le 06/12/2022

Mr SAJJID. MINA

① Septi spray Solution
1 appl x 3/5 Crème - anti - soif
Sur la lésion d'herpès de la peau
de la main x 1 semaine
ciclo viral crème.

59,10

② 1 appl x 3/5 Crème - anti - soif
Sur la lésion d'herpès de la peau
de la main x 1 semaine
ciclo viral 500: appl 10 de 25 ap



259,00

③ 1 cnp - petit doigt
2 cnp - doigt
2 cnp - doigt

Total = 318,10



Dr. LAHLOU Majid
Dermatologue Vénéréologue
72 Ahmed El Mejjati - Casablanca
GSM: 06 61 06 69 78



Control
13/12/2022


Dr. Ahmed EL Majidi
Dentist - Venereologue
72 Ahmed EL Majidi - Casablanca
GSM: 06 61 06 69 78



CICLOVIRAL[®]
Aciclovir

400 mg

Voie orale

LOT 224439
EXP 08/25
PPV 259DH00

25 comprimés



أفريك - فار
AFRIC-PHAR

sous licence MEDINFAR



Zone Industrielle Ouest Aïn Harrouda

Route Régionale n° 322 (ex R.S 111)

Km 12.400 Aïn Harrouda 28 630 - Mohammedia, Maroc

500152e

07/18

سيكلوفيرال[®] 400 ملغ

أسيكلوفير

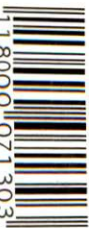
عن طريق الفم

25 قرصا

25 comprimés

Aciclovir

6 118000 071303



CICLOVIRAL[®] 400mg
25 comprimés

COMPOSITION

Aciclovir (DCI) 400 mg

Excipients : q.s.p. 1 comprimé

Excipient à effet notoire : Lactose.

Médicament autorisé n° : 24/14 DMP/21

Respecter les doses prescrites
احترم الجرعات المحددة

Tableau A
جدول A

INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS, POSOLOGIES ET PRÉCAUTIONS
D'EMPLOI : lire la notice avant utilisation.

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS

Conserver à une température inférieure à 25 °C.

Docteur Majid Lahlou

الدكتور مجيد لجلو

SPECIALISTE

DERMATOLOGUE-VENEREOLOGUE

Maladies de la Peau, du cuir Chevelu et
des ongles.

Maladies Sexuellement Transmissibles

Chirurgie Dermatologique

COSMETOLOGIE.

72, Rue Ahmed El Mejjati - Maarif

(EX. ALPES) - 2ème étage

CASABLANCA - Tél : 05 22 25 35 69

G.S.M : 06 61 06 69 78

اختصاصي

في أمراض الجلد و الشعر

و الأظافر

الأمراض التناسلية

جراحة الجلد

علم التجميل

72, زنقة أحمد المجاطي (سابقا ز. ذي زالب)

الطابق الثاني - المعارف

الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 25 35 69

المحمول: 06 61 06 69 78

CASABLANCA, le

13/12/2022

32,50

7 me SAJEN. M3NA
① Biprosone crème
1 application 2 fois/jour - Contin - soiree
x 1 semaine
1 application/jour le soir x 2 semaines
d'évitement de contact des vêtements

45,80

② 2ADRYL 10g : 15g de 15g
1 appl/jour 1 heure après le dîner



Dr. LAHLOU Majid
Dermatologue-Vénérologue
72, Ahmed El Mejjati - Casablanca
GSM 06 61 06 69 78

Total = 78,30

Pharmacie
Hajja El Aoud
Docteur en Pharmacie
158, bd. Boulevard - Casablanca
Tél : 05 26 49 21 71 / 72 - Fax : 05 22 26 10 18

Composition : dipropionate de bétaméthasone micronisé : 0,064 g (quantité correspondante en bétaméthasone : 0,050 g).

Pour 100 g de crème. Excipients : vaseline, alcool cétostéarylique, paraffine liquide, éther monocétylique de polyoxyéthylène g lycol 1000, dihydrogénophosphate de sodium monohydraté, chlorocrésol, acide phosphorique concentré, eau purifiée.

Excipients à effet notoire : chlorocrésol, alcool cétostéarylique.



Fabriqu^e et distribué par : PHARMACEUTICAL INSTITUTE BP 4491 - 12100 Ain el aouda - Maroc

Pharmacien responsable : Maria SEDRATI

C201007/03

DIPROSONE® 0,05 % crème

Bétaméthasone
Voie cutanée uniquement



Tube de 30 g

AMM N°: 75 DMP/21/NTT

DIPROSONE® 0,05 % crème

Lire la notice avant utilisation.
Ne pas appliquer dans les yeux.

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
NE PAS AVALER

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

L : 94

Tube de 30 g

DIPROSONE® 0,05 %
crème

أنبوب 30 غ

DIPROSONE 0,05 %
crème



LOT : 149
PER : JUN 2025
PPV : 32 DH 50

ديبروزون 0,05 % كريم

بيتاميتازون
للدهن فقط



ديبروزون 0,05 %
كريم

أنبوب 30 غ

Zadryl® 10 mg

Cétirizine

15 comprimés pelliculés sécables

Zadryl® 10 mg

Cétirizine

15 comprimés pelliculés sécables

APOLYMÉDIC

Rue Amyot d'Inville - Casablanca Maroc
Dr T. BELABDA - Pharmacien Responsable

VOIE ORALE

MODE D'ADMINISTRATION, INDICATIONS ET CONTRE INDICATIONS :
VOIR NOTICE INTERIEURE

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.

AMM N° 44/16DMP/21/NRQ

عن طريق الفم
طريقة الاستعمال : إرشادات و محاذير الإستعمال :
الرجوع الرجوع إلى النشرة بالداخل.
يحفظ بعيدا عن مرمى و متناول الأطفال.

زادريل® 10 مغ

سيتيريزين

15 قرصا مغلفا قابلا للكسر

APOLYMÉDIC

Rue Amyot d'Inville - Casablanca Maroc
Dr T. BELABDA - Pharmacien Responsable

لا تؤخذ مع
الوجبات الغنية بالدهن
أو الحامض
أو الحامض
أو الحامض

Zadryl 10mg

15 comprimés pelliculés sécables



LISTE II

Chaque comprimé contient :
Cétirizine 10 mg
Excipients q.s.p. 1 comprimé
Excipients à effet notoire : Lactose

Zadryl® 10 mg

Cétirizine

106x45x18