

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 - Gère l'Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hortoge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie : N° S19-0053171

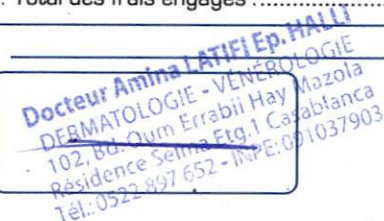
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8741 Société : R.A.M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : JACAN HELHASSANE Date de naissance : 26.11.67
 Adresse : N° 21 Rue N°4 AL QOD3 L'ISSAFA CASA
 Tél. : 0661456897 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/05/23

Nom et prénom du malade : JACAN Helhassane 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 : 12/06/23

Signature de l'adhérent(e) :

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
03/05/2023	C		350	<p> <i>Docteur Amine El Hachimi</i> DERMATOLOGIE - PHÉNOLOGIE 102, Bd. Oum El Farab, 1 Casablanca Résidence Salma Bp: 1 Casablanca Tél: 0522 677 672 - 0522 677 673 </p>
	120		1600	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p> PHARMACIE SARANAZ S.A.R.L.A.U 140 Lotissement Lissasfa Casablanca Tél/Fax : 05 22 65 20 07 </p>	03/05/2023	544,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

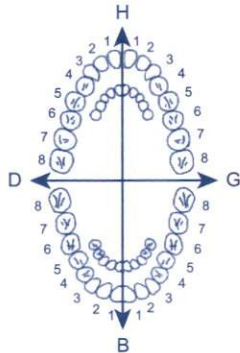
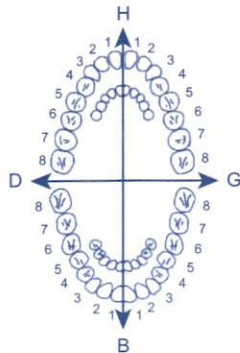
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 <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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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 Amina LATIFI EP HALLI

DERMATOLOGIE VENEROLOGIE

Ex. Médecin chef de l'hôpital Aïn Chock

- Maladies de la Peau, Cheveux, Ongles
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Cosmétique
- Allergologie
- Chirurgie de la peau
- laser



الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلي

إختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية
طبيبة رئيسية سابقا بمستشفى عين الشق

- أمراض الجلد والشعر والأظافر
- الأمراض التناسلية
- جراحة الجلد والأظافر
- أمراض الحساسية
- التجميل
- العلاج بالليزر

Casablanca le : 03-05-23 : الدار البيضاء في

148,50
- common spray
- Bechospay

39,70
- Fluocinolone pommade
- 1000 mg

240,00
- A-capsol 1000 mg PR + 1000 mg
- 1000 mg

116,40
- Flexon 1000 mg
- 200 200 1000 mg

544,10

Docteur Amina LATIFI Ep. HALLI
DERMATOLOGIE - VENEROLOGIE
102 Bd Oum Rabii Hay Mazola
Résidence Selma Etg. 1 Casablanca
Tél: 0522 897 652 - INPE: 091037903

102, Bd Oum Rabii Hay Mazola. Résidence selma 1er étage - Oulfa - Casablanca - Tél : 05 22 89 76 52 - GSM : 06 60 74 36 36

102, شارع أم الربيع حي مازولا إقامة سلمى الطابق الأول - الألف - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 89 76 52 المحمول : 06 60 74 36 36



Fucidine® 2% pommade

Fusidate de sodium

Tube de 15 g

فوسيدين® 2% مرهم
أنبوب من 15 غ
فوسيدات الصوديوم

Composition

Fusidate de sodium	Centésimale	Par tube
Excipients à effet local : alcool cétylique et lanoline (contient du butylhydroxytoluène)	2 g	300 mg
Autres excipients : vaseline officinale (contient du tout-rac-alpha-tocophérol), paraffine liquide (contient du tout-rac-alpha-tocophérol)	100 g	15 g

Voie cutanée

Ne pas laisser à la portée des enfants
Lire attentivement la notice avant emploi

التراكيب

الأنبوب	المجموعية	التركيبية
300 ملغ	2 غ	فوسيدات الصوديوم المواد ذات تأثير محلي: كحول ستيقي، لانولين (تحتوي على بنتيل هيدروكسي تولوين) وشمع صناعي (تحتوي على توت-راك-ألفا-توكوفيرول) وشمع صناعي (تحتوي على توت-راك-ألفا-توكوفيرول) وشمع صناعي (تحتوي على توت-راك-ألفا-توكوفيرول)
15 غ	100 غ	

مع الحذر
لا يترك المنتج في متناول الأطفال
يستخدم كإجراء وقائي في حالة الإصابة

Fucidine® 2% pommade

Tube de 15 g



6 118000 120575

Pas de précautions particulières de conservation.

Ne pas éviter - Respecter les doses prescrites
عدم تجنب - احترام الجرعات الموصوفة

Liste I

Uniquement sur ordonnance médicale
بناءً على وصفة طبية فقط

فوسيدين® 2%

مرهم أنبوب من 15 غ

3920

BACTOSPRAY

Solution
antiseptique

sans alcool
incolore

*Antiseptic solution - Colorless
Alcohol free - Not stinging*



Ne pique pas

●●● Contient des actifs
antibactériens
et antifongiques

CONSEILS D'UTILISATION

Vaporiser le produit pur
directement sur les zones
concernées, ne pas rincer.
Usage externe. Ne pas avaler.

COMPOSITION

Chlorhexidine, Chlorure de
benzalkonium, Chlorphénésine,
Glycérine, Propylène glycol.

INGREDIENTS

Aqua, propylen glycol, glycerol,
benzalkonium chloride,
chlorhexidine digluconate,
chlorphenesin.

BACTOSPRAY

LOT: 2205016

EXP: 06/2025

PPC: 148.00DH

125 ml

Distribué par :
Laboratoire ADDAX MAROC
Avenue Stendhal. RES BENBER
Casablanca - MAROC
www.addaxmaroc.com

24 gélules

500 mg

Flucloxacilline

FLOXAM®

EXP 12/2022
LOT 000273

PPV 116DH40

فلوكسام

فلوكلوكساسيلين

500 ملغ



24

لابروفان

Docteur Amina LATIFI EP HALLI

DERMATOLOGIE VENEROLOGIE

Ex. Médecin chef de l'hôpital Aïn Chock

- Maladies de la Peau, Cheveux, Ongles
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Cosmétique
- Allergologie
- Chirurgie de la peau
- laser



الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلي

إختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية
طبيبة رئيسية سابقاً بمستشفى عين الشق

- أمراض الجلد والشعر والأظافر
- الأمراض التناسلية
- جراحة الجلد والأظافر
- أمراض الحساسية
- التجميل
- العلاج بالليزر

Casablanca le : 03-05-23 : الدار البيضاء في

فأشكركم

Reçu bon pour le. Procédure d'ordonnance (Goutte) pour
electrocoagulation + traitement de la zone muqueuse de la cavité
de la cavité de la cavité pour le 03-05-23

Docteur Amina LATIFI EP HALLI
DERMATOLOGIE - VENEROLOGIE
102, Bd. Oum Rabii Hay Mazola
Résidence Selma 1er étage - Oulfa - Casablanca
Tél.: 0522 897 652 - INPE: 601037903