

# 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

- Reclamation : 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

M23-003416

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4161 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :  
 Nom & Prénom : H. L. I. K. A. H. A. K. I. M. A.  
 Date de naissance : 11/1/1963  
 Adresse : 173 B. BRAHIM ROUSANE Ap. 20  
 Madrif CASA BLANCA  
 Tél. : 0661 17 86 50 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. LOCATELLI Colette  
 Dermatologue  
 45, rue de l'Atlas Maarif - Casablanca  
 Tél. : 022 23 45 75 - 0522 23 08 74  
 Mobile : 06 67 71 73 77  
 Date de consultation : 21/11/2023  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : 1  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC ☐ Pathologie  
 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 : 21/11/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : H. A. K. I. M. A.

Autorisation CNDP N° : A-A-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
21.11.23		4	300	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LM 28, Bis Rue Salonique Rue de Rome Casablanca Tel 05 22 85 48 95 Tel 06 00 06 07 08 RC 318383 ICE 00217911000087	21/11/2023	416,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

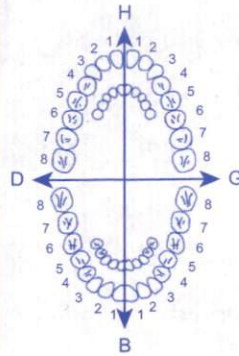
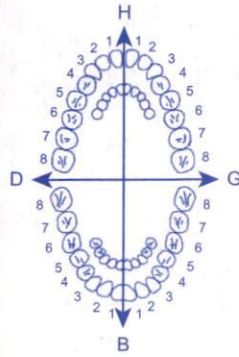
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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



Dr. 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

Casablanca le: 24. 11 23.

N. HLLA HAKMA

LOCERYL 321,00  
=



2ap par an  
sur 10 l og

Rece

Rece

MYK 1% 39,60  
= 5012



au rece

Rece

Rece  
entre 2 et 3  
og - 2 et 3



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



- ONTRE free 56,00

place



416,00  
**PHARMACIE LM V**

28, Bis Rue Salanique Angle  
Rue de Rome Casablanca

Tel: 05 22 85 43 95

Tel: 06 00 06 07 08

⑤

RC

318383 ICE 00217913000087

45, rue de l'Atlas  
Dermatologue  
Maroc - Casablanca  
Tel: 05 22 85 43 95  
Tel: 06 00 06 07 08  
RC 318383 ICE 00217913000087

**PHARMACIE LM V**

28, Bis Rue Salanique Angle  
Rue de Rome Casablanca

Tel: 05 22 85 43 95

Tel: 06 00 06 07 08

RC 318383 ICE 00217913000087





# Locéryl® (م) لوسريل

a m o r o l f i n e

أمورولفين

\*VERNIS À ONGLE MÉDICAMENTEUX  
USAGE TOPIQUE

5%

2,5

2,5 ml

GALDERMA

غالديرما

ورنيش اظافر دوائي  
للاستعمال الموضعي

# Locéryl® (م)

a m o r o l f i n e

LOCERYL 5%

Vernis à ongles médicamenteux

Flacon de 2,5 ml

AMM N° 07 DMP/21/NCN

PPV:321,00 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 070381



امورولفين

TIRER POUR OUVRIR

اسحب لفتح العلبة



# أونيفين® 1%

1% 104HXL®

التربينافين

محلول للرش  
على الجلد



قارورة من  
30 مل



معهد الصيدلة

التركيبية :

التربينافين على شكل كلوريدات ..... 1 غ  
سواغات ك.ك.ل ..... 100 غ  
لسواغات ذات التأثير المعروف: بروبيلين  
غلوكول

LOT  
PER  
PPV

واعي الاستعمال و المقادير :  
لامتثال لوصفة الطبيب

018  
AVR 2025  
56 DH 00

محافظة :

يجب الاحتفاظ به في درجة حرارية لا  
تجاوز 30 درجة مئوية  
يجب تركه في متناول الأطفال

شروط الإستعمال

مزيد من المعلومات أنظر إلى النشرة بداخله  
عن طريق الجلد  
لا يبلع

AMM N°295 R2/20 DMP/NRQd

Respecter les doses prescrites  
يجب احترام الجرعات المحددة

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE II

يصنع و يوزع من طرف :

معهد الصيدلة  
ص.ب. 4491 - 12100 عين العودة - المغرب  
الرجاء الاستشارة مع الصيدلاني

