

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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



## Déclaration de Maladie

M23- N° 0040727

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5954 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : DIBOUNE EL MOSTAFA  
 Date de naissance : 26/02/1961  
 Adresse : Habituelle L22102  
 Tél. : 0661550569 Total des frais engagés : 1320,83 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 04-04-24  
 Nom et prénom du malade : D. DIBOUNE EL MOSTAFA Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Scissure  
 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 : DEROUA Le : 16/04/2024  
 Signature de l'adhérent(e) :

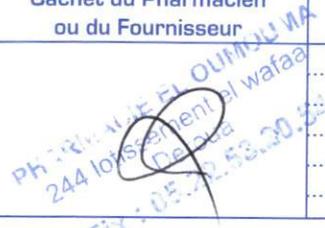
PF4FR05/V2/20-10-2023

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
06-06-20	CC		3500	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06-06-20	979,83

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

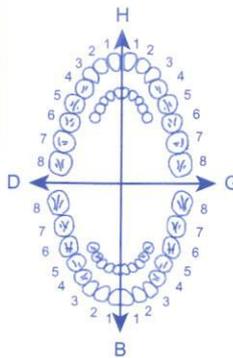
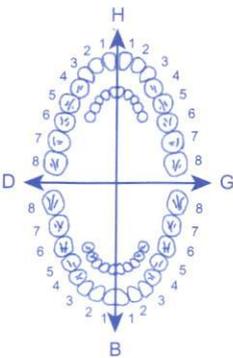
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	

### 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 canalaires, 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th colspan="2"></th> <th>B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D			B	00000000	00000000	00000000	11433553	35533411					Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																					
	25533412	21433552	00000000	00000000																				
	D			B																				
	00000000	00000000	00000000	11433553																				
	35533411																							
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

# 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
- Chirurgie de la peau
- Allergologie
- 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 : 2006-06-24 : الدار البيضاء في :

صيفنا في الربيع

لوا في الصيف في الصيف

81,00  
2<sup>e</sup> - Rozese gel

في الصيف في الصيف

27,30  
- cutacant 2,5 gel

في الصيف في الصيف

233,99  
- Antiderm expert 7 creme

238,99  
- في الصيف في الصيف

3  
- cream 360 minimal tolerance fluid  
في الصيف في الصيف

102,83

Maximem epa 100mg

970,83

في الصيف في الصيف

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 - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 89 76 52 المحمول : 06 60 74 36 36

Ph: 05 22 89 76 52 EL OUM RABII HAY MAZOLA  
244 lotissement el wafaa  
De: 05 22 89 76 52  
Fix: 05 22 89 76 52

Ph: 05 22 89 76 52 EL OUM RABII HAY MAZOLA  
244 lotissement el wafaa  
De: 05 22 89 76 52  
Fix: 05 22 89 76 52

Ph: 05 22 89 76 52 EL OUM RABII HAY MAZOLA  
244 lotissement el wafaa  
De: 05 22 89 76 52  
Fix: 05 22 89 76 52

Ph: 05 22 89 76 52 EL OUM RABII HAY MAZOLA  
244 lotissement el wafaa  
De: 05 22 89 76 52  
Fix: 05 22 89 76 52

Ph: 05 22 89 76 52 EL OUM RABII HAY MAZOLA  
244 lotissement el wafaa  
De: 05 22 89 76 52  
Fix: 05 22 89 76 52

Docteur Amina LATIFI Ep. HALLI  
DERMATOLOGIE VENEROLOGIE  
102, Bd. Oum Errabi Hay Mazola  
Résidence Selma Ety. 1 Casablanca  
Tél: 05 22 89 76 52 GSM: 06 60 74 36 36



cantabria labs

C.N. 184760.7

CNP 6060134  
PZN 17240234



8 470001 847607

BATCH / LOT.:  
14552-202-07

# HELIOCARE

## 360°

**Mineral Tolerance Fluid**

**DOXYMYCINE® 100 mg 30** comprimés dispersibles

PPU 102DH80  
EXP 12/2025  
LOT 36014 5

**DOXYMYCINE® 100 mg 30** comprimés dispersibles

PPU 102DH80  
EXP 12/2025  
LOT 36014 5

**DOXYMYCINE® 100 mg 30** comprimés dispersibles

PPU 102DH80  
EXP 12/2025  
LOT 36014 5

**ROZEX 0,75 %**  
Gel pour application cutanée tube de 30 g

AMM N° 58 DMP/21/NCI  
P.P.V. 81,40 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P. N° 4, 27182 Bouiskoura - Maroc



6 118001 070510

**CUTACNYL 2,5 %**  
Gel pour application locale tube de 40 g

AMM N° 58 DMP/21/NCI  
P.P.V. 27,30 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P. N° 4, 27182 Bouiskoura - Maroc



6 118001 071234

**ROZEX 0,75 %**  
Gel pour application cutanée tube de 30 g

AMM N° 58 DMP/21/NCI  
P.P.V. 81,40 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P. N° 4, 27182 Bouiskoura - Maroc



6 118001 070510