

# 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

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 - 8ème 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

N° P19- 0044607  
ND: 86 995

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3649 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : retraité anticipé  
Nom & Prénom : MEGGUEJ MOHAMED  
Date de naissance : 25-10-1961  
Adresse : Résidence ANNAD imb 23 Apt 242 cité-plateau casablanca  
Tél. : 0661514819 Total des frais engagés : 347,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 27 / 1 / 2020  
Nom et prénom du malade : Bencheikh Meriem Age :  
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 Le : / /  
Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-044607

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3649  
Nom de l'adhérent(e) : MEGGUEJ Mohamed  
Total des frais engagés : 347,40 DH  
Date de dépôt : / /



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 27/11/2020      | CD                |                       | 300DH                           |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |

**Dr. ZOUHAIR KAWTAR**  
 DENTISTE - Professeur Venerable  
 452, Rue de la Liberté - Alger  
 Tél. 05 22 98 97 53 - Fax 05 22 86 53 73

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

**PHARMACIE ACHRAF**  
 Dr. Slimane Achraf  
 Rés. Annaji - Bd. Annaji - Cas. Bab el Bhar  
 Tél. 05 22 98 97 53 - Fax 05 22 99 64 17

27.11.20

47,40

## 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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'

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient

Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H

25533412

00000000

G

00000000

35533411

B

21433552

00000000

11433553

Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur ZOUHAIR Kawtar

Dermatologie - Vénéréologie

Dermato - Allergologie

Dermatologie Esthétique

Laser



الدكتورة زهير كوتر

إختصاصية في الأمراض  
الجلدية و التناسلية الحساسية  
و علم التجميل و الليزر

Casablanca, le

27 JAN. 2020

Mme Beuchekroun Meriem

30,100  
1<sup>er</sup>

locatop

S.V

1 app le sav x 10j

15/12 x 20j

15/13 x 1 mas

2/ 34,500  
vishkiu  
ly auty 1 pars.

PHARMACIE ACHRAF  
Dr. Slimane Slimane  
Rés. Annajd - Bd. Anwal - Cité Plateau - CASA  
Tél: 05 22 98 97,63 - Fax: 05 22 99 64 17



3el

226,00

Heliocare gel

1 gel le matin

& 2 mas

17,40  
hel

dermoval creme

S.V

le soir x 1g.

gris 1S/2 x 2g.

gris 1S/3 x 1min

47,40  
PHARMACIE ACHRAF  
Dr. Slimane Slimane  
Res. Annajd - Bd. Anwal - Cité Plateau - CASA  
Tel. 05 22 98 97 63 - Fax 05 22 98 64 17

DR. ZOUHAIR KAWTAR  
Dermatologue - Prothésiste  
452 Boulevard de la République - Casablanca  
Appel N° 20122 - Tél. 05 22 86 22 20 Fax: 05 22 86 53 73

LOCATOP® 0,1 %

Désonide  
Crème Us

LOT : 19E004  
PER.: 09 2022

LOCATOP 0,1%  
CREME T30G

P.P.V : 30DH00



## ■ IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Dénomination : LOCATOP® 0,1 %, crème

Composition qualitative : Composition quantitative :

Désonide .....

Vaseline, paraffine liquide

éthér cétostéarylique de

(EMULGADE 1000 NI),

de sodium, acide sorbic

Pour 100 g.

Forme pharmaceutique : Crème, tube de 30 g.

Classe pharmaco-thérapeutique :

GLUCOCORTICOIDE TOPIQUE (D: Dermatologie)

## ■ DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT :

Ce médicament est préconisé dans certaines maladies de peau comme l'eczéma de contact, la dermatite atopique, le psoriasis, mais votre médecin peut le prescrire dans d'autres cas.

## ■ ATTENTION !

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament :

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas

GlaxoSmithKline Maroc

Ain El Aouda

Région de Rabat

PPV : 17,40 DH

