

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



ND: 51629

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0011756

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7004 Société : DAN  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite  
Nom & Prénom : AMELLAH Yilali Date de naissance : 11/1/64  
Adresse : 238 Lot Layman CHA  
Tél. : 06 61 33 98 50 Total des frais engagés : 246,22 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Amina LATIFI  
Dermatologie - Venérologie  
100, Bd. Oum Er-Roum Mazola  
Résidence Selma - Casablanca  
Tél. : 05 22 20 45 45

DEC. 2020

ACCUEIL

Date de consultation : 03/12/2020

Nom et prénom du malade : A. Mellah Sarah Age : 52

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 : CHA Le : 10/12/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



[illegible]

*Handwritten:* 3596

**Dr. Amir Amin**  
Dermatologic - V  
102, Bd. Oum Errabi Hay  
Residence Selmia + Bage - Casablanca  
**Tel.: 05 22 89 76 52**

[illegible]

03/12/2020	495.00
------------	--------

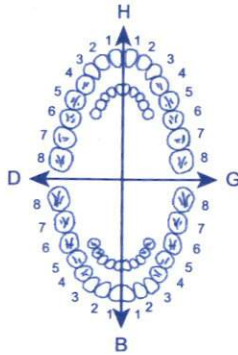
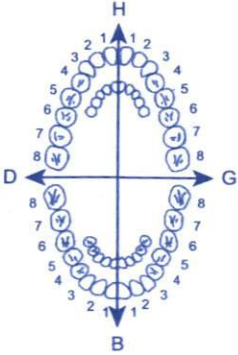
[illegible][illegible][illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

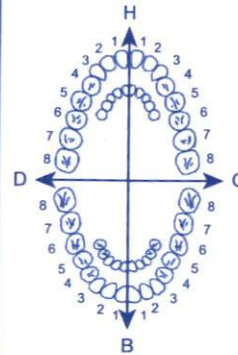
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

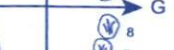
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<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"/>								

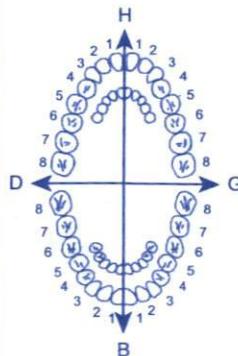
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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"/>

[illegible]

		DATE DU DEVIS	
		DATE DE L'EXECUTION	



**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



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



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

Casablanca le : 03-12-2026 : الدار البيضاء في :

Amelaid Saada

- Retorubout AZ cream antihistaminique  
/ 100 mg

- Actipen 3ce 1 cream  
/ 100 mg per 10ml

- Rebutif 10 capes cream  
/ 100 mg 60ml

- cream containing salicylic acid  
/ 100 mg 60ml

- cream containing salicylic acid  
/ 100 mg 60ml

Docteur Amina LATIFI EP HALLI  
Dermatologie - Venerologie  
102, Bd. Oum Errabi Hay Mazola  
Résidence Selma 1<sup>er</sup> Etage Casablanca  
Tél: 05 22 89 76 52



- Locent ~~solu~~ phlegmon

321.00 zalcen per sample

- Cerebren extra Allen

64.00 20 gl Allen Sertaf

485.00

Docteur Amina LATIFI Ep. HALLI  
Dermatologie - Vénérologie  
102, Bd. Oum Errabii Hay Mazola  
Résidence Sella 1<sup>er</sup> Etage - Casablanca  
Tel.: 05 22 88 76 52

STP PHARMACIA  
N° 3 Lot 64  
3522 93 1028  
HAMZA

SV

SV



# Loceryl® (م) لوسريل

amorolfine أمورولفين

VERNIS À ONGLE MÉDICAMENTEUX  
USAGE TOPIQUE

5%

2,5 مل  
2,5 ml



GALDERMA

غالديرما

ورنيش اظافر دوائي  
للاستعمال الموضعي

2 fois / semaine

LOCERYL 5%  
Vernis à ongles médicamenteux  
Flacon de 2,5 ml  
AMM N° 07 DMP/21/NCN  
PPV: 321,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
S.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 070381

(م) لوسريل  
أمورولفين

TIRER POUR OUVRIR  
اسحب لفتح العلبة



# كانستين®

بيفونازول

## مرهم

مضاد للفطر واسع الطيف  
إستعمال خارجي



# إكسترا



15غ

LOT :

1291326

PER :

06 2025

PPV :

64 00

Uniquement sur ordonnance



احذروا الجرعات المسمية  
Respecter les doses prescrites

AMM N° 86 DMP/21/NCI

Appliquer selon la prescription du médecin.

15g de crème contiennent 0,15g de Bifonazole.

Tenir hors de la portée des enfants.

A ne pas avaler.

Excipient à effet notoire : alcool cétostéarylique.

يستعمل حسب الوصفة الطبية.

15 غرام من المرهم تحتوي على 0.15 غرام من البيفونازول.

لا تترك الأدوية في متناول الأطفال.

لا يبلع.

سواغ مع التأثير المعروف : كحول ستيريلي.

C18012



INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS  
PRECAUTIONS D'EMPLOI : Voir notice

دواعي الإستعمال - موانع الإستعمال -  
إحتياطات الإستعمال : أنظر النشرة داخل العلبة

Ne pas laisser à la portée des enfants

لا يترك في متناول الأطفال

A conserver à une température  
ne dépassant pas 25°C et à l'abri de l'humidité.

يحفظ بمكان لا تتعدى حرارته 25 درجة  
و بمعزل عن الرطوبة

المغرب  
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

لابروفان  
LAPROPHAN

DOXYMYCINE® 100 mg

30 comprimés dispersibles



28x48x102

4

دوكسيميسين®

دوكسيميسين

100 ملغ

30 قرصا  
متحلا

لابروفان  
LAPROPHAN

30



comprimés  
dispersibles

30

100 mg

DOXYMYCINE®

2 62090 101  
2707/60 4X3

066011 663