

# 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.

## 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.

## Education :

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](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)

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)



## Déclaration de Maladie

N° P19-0035421

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02004 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : FERRATI Abdelkader  
Date de naissance : 01.11.54  
Adresse : 607 Yama Kech 93 Yama Kech 93  
Tél. : 0661148234 Total des frais engagés : / Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....  
Nom et prénom du malade : ..... 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 : ..... Le : 20 / 09 / 19  
Signature de l'adhérent(e) : .....







## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes

## EXECUTION DES ORDONNANCES

et du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Hiv Mabrouka ghani NABIL ouke in Magasin 1 Marrakech 024 42 31 77	26/09/19	10200

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

et Signature du Médecin 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	
	15/07					

## VOLET ADHERENT

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

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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
	4/2	Composites	D <sub>15</sub>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX								
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	
	25533412	21433552								
	00000000	00000000								
	00000000	00000000								
	35533411	11433553								

MONTANT DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION
500 DH	26/09/19	26/09/19

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. EL MAZANI Fatima Zohra




Chirurgien Dentiste

Abraj Al Kouroubia GH 14 Appt N° 8  
2eme étage M'hamed 3 Marrakech  
Tél: 05 24 36 14 88

## Note D'honoraires

**Dr. EL MAZANI Fatima Zohra**  
Chirurgien Dentiste

Nom et prénom du médecin dentiste : .....  .....  
N° de l'INPE .....  
N° de l'ICE : .....  
N° de l'IF : .....  
N° de l'IF : .....  
 ICE 001835677000035  
 INP 074173055  
 IF 40204037  
 Patente 47951150  
 CNSS 9314535

Abraj Al Koutoubia GH 14 Appt N° 8  
2ème étage M'hamed 9 Marrakech  
Tél: 05 24 36 14 88

*Abdelhadi Fehati*

Date:

اسنان المعالجة	رمز العمليات	تاريخ العمليات	معامل العمليات	قيمة المعامل	المبلغ المفوتر	توقيع وطابع طبيب الاسنان
Dents Traites	Valeur Clé	Dates Des Actes	Lettre Cle+Cotatio n NGAP	Valeur Clé	Montant Facturé	Signature Et Cachet Medcin Dentiste
42	Composite 3 FACE	26/09/19	905	915	500 DH	

**Dr. EL MAZANI Fatima Zohra**  
 Chirurgien Dentiste  
 Abraj Al Koutoubia GH 14 Appt N° 8  
 2ème étage M'hamed 9 Marrakech  
 Tél: 05 24 36 14 88

Montant Global

500 DH

Mode de Paiement :

[ ☒ ] Espèces

[ ☐ ] Cheque

Adresse: .....

**Dr. EL MAZANI Fatima Zohra**

Telephone: .....



Chirurgien Dentiste

Abraj Al Koutoubia GH 14 Appt N° 8  
2ème étage M'hamed 9 Marrakech  
Tél: 05 24 36 14 88

**Dr. EL MAZANI Fatima Zohra**

Chirurgien Dentiste

Abraj Al Koutoubia GH 14 Appt N° 8  
2ème étage M'hamed 9 Marrakech  
Tél: 05 24 36 14 88



DR FATIMA ZOHRA EL MAZANI

Chirurgien Dentiste

Chirurgie - Soins - Prothèse - Radio

Parodontologie - Pédodontie



الدكتورة فاطمة الزهراء المازاني

طبيبة جراحية الأسنان

جراحة - علاج - تعويض

أشعة - أمراض اللثة

## ORDONNANCE

Marrakech, le 26/09/2019

Dr. EL MAZANI Fatima Zohra

Chirurgien Dentiste  
Abraj Al Koutoubia GH 14 Appt N° 8  
2ème étage M'hamid 9 Marrakech  
Tél: 05 24 36 14 88

Mr. Feriati Abdelnadi

10400

1) Parodontologie Cep



1 cep 301; pdt 6 Jrs

Dr. EL MAZANI Fatima Zohra  
Chirurgien Dentiste

Abraj Al Koutoubia GH 14 Appt N° 8  
2ème étage M'hamid 9 Marrakech  
Tél: 05 24 36 14 88

Pharmacie Hay Mabrouka  
Abdelghani ENNABIL  
Lot Mabrouka Im. 1 Magasin 1  
Jbel Guéliz - Marrakech - Tél.: 024 42 31 77

Pharmacie Hay Mabrouka  
Abdelghani ENNABIL  
Lot. Mabrouka, Im. 1 Magasin 1  
Jbel Guelf, Marrakech - Tel.: 029 4231 77

Bon de Commande n° .....

Bon de Livraison n° .....

Bon de Devis n° .....


Date :

26/09/2019

FACTURE N° 014934

Doit :

Feriat Abdelhadi

DÉSIGNATIONS	QTÉ	P.U.	MONTANT
Binodogul	1	102,00	102,00
			

Lib. Pap. IZDIHAR

Réglé par :

Espèce

TOTAL H.T.

102,00

T.V.A.....%

T.T.C.

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :

deux dirhams



15

OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MÉDICAMENT.

#### f) Conducteurs et utilisateurs de machines :

En raison du risque potentiel de vertiges, de confusion, d'hallucinations ou de convulsions, il est recommandé de ne pas conduire de véhicules ni d'utiliser de machines en cas de survenue de ce type de troubles.

#### g) Liste des excipients dont la connaissance est nécessaire pour une utilisation sans risque chez certains patients :

Sorbitol.

#### 4. COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT

##### a) Posologie :

A titre indicatif, la posologie usuelle est la suivante :

Adulte et enfant de plus de 15 ans : 2 à 3 comprimés par jour en 2 ou 3 prises, au cours des repas.

DANS TOUTS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

##### b) Mode et Voie d'administration :

Voie orale.

Prendre les comprimés avec un verre d'eau.

c) Fréquence et moment auxquels le médicament doit être administré :

En 2 à 3 prises par jour, au cours d'un repas.

##### d) Durée du traitement :

Pour être efficace, cet antibiotique doit être utilisé régulièrement aux doses prescrites, et aussi longtemps que votre médecin vous l'aura conseillé.

La disparition de la fièvre, ou de tout autre symptôme, ne signifie pas que vous êtes complètement guéri. L'éventuelle impression de fatigue, n'est pas due au traitement antibiotique mais à l'infection elle-même. Le fait de réduire ou de suspendre votre traitement serait sans effet sur cette impression et retarderait votre guérison.

##### e) Conduite à tenir en cas de surdosage :

Consulter votre médecin car il peut vous proposer un traitement et une surveillance.

#### 5. EFFETS NON SOUHAITÉS ET GENANTS

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MÉDICAMENT PEUT ENTRAINER, CHEZ CERTAINES PERSONNES DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS.

- Manifestations digestives : douleurs à l'estomac, nausées, vomissements, diarrhée, goût métallique dans la bouche, inflammation de la langue avec sensation de bouche sèche, perte d'appétit ;

Très rarement : colites pseudomembraneuses (maladie de l'intestin avec diarrhée et douleurs abdominales), pancréatites (inflammation du pancréas) regressant à l'arrêt du traitement. Dans ces cas, consulter votre médecin.

- Manifestations au niveau de la peau : éruptions parfois avec fièvre, urticaire (éruption cutanée analogue à celle que provoque la piqure d'ortie), démangeaisons, œdème de Quincke (brusque gonflement du visage et du cou d'origine allergique), très rarement : choc allergique. Très rares cas de rougeur se généralisant à tout le corps avec des pustules et accompagnée de fièvre (pustulose exanthématique aiguë généralisée) (cf. Mises en garde spéciales). Dans tous ces cas, consulter votre médecin.

- Système nerveux : sensations de picotement ou de fourmillement survenant occasionnellement et de façon passagère, maux de tête,

anomalies de la  
vertiges, difficile

cas, arrêter le tr  
- Manifestations  
loie, anomalie

l'obstruction de

- Modifications  
possible détruit  
anormalement

- Divers, color-

du produit da

SIGNALÉ A VO

SOUHAITE ET

NOTICE

6. CONSERVA

Ne pas dép

conditionner

7. DATE DE R

Mars 2010.

CONSEILS ET

Que savoir s

Les antibioti

bactéries. Ils

Aussi, votre i

qu'il convient

Les bactéries

l'action d'un

certaines trait

La résistance

antibiotique.

Vous risquez

retarder votre

vous ne resp

- la dose à pr

- les moment

- et la durée

En conséque

1/ N'utilisez

prescrit.

2/ Respectez

3/ Ne réutili

même si ve

semblable.

4/ Ne donne

n'est peut-ê

5/ Une fois vo

toutes les b

appropriée d

**BIRODOGYL®**

احذر المقادير الموصوفة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (اللائحة I)

LOT : 8MA076

PER: 11 2021

BIRODOGYL  
CP PEL B15

P.P.V : 102DH00



sanoï-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1 - Ain Seïaâ

2025 Casablanca