

## 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 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
- 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

N° W19-442543

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 12632 Société : RAM

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : MOSLEY SALMA

Date de naissance : 02-12-88

Adresse : LA PERLE DE NOJACER 2 IMM 6 APP 10 CASABLANCA

Tél. : 0662051483 Total des frais engagés : 602 00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr Ghali LEBBAR**  
Gynécologie Obstétrique  
38 Bd Bir Anzarane Maarif - Casablanca  
Tél : 0522 25 35 31 / 39

Date de consultation : 29/07/19

Nom et prénom du malade : MOSLEY SALMA Age :

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

Nature de la maladie : Affection Gynécologique

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 : 03 / 10 / 19

Signature de l'adhérent(e) : *Accouchement*



[illegible]

**Dr Ghali LEBBAR**  
Gynécologie Obstétrique  
38 Bd Bir Anzarane Maarif - Casablanca  
Tél : 0522 25 35 31 / 39

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/07/19	302,00

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

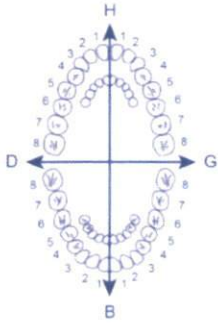
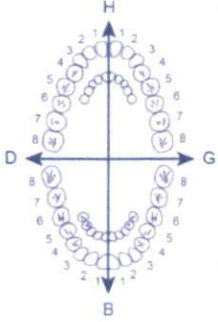
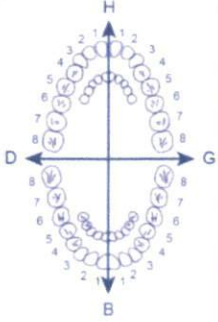
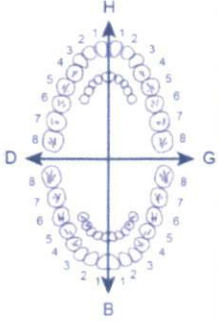
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

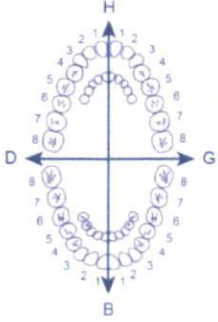
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px;"></span>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>
				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>
				DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>
				FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
	<table style="margin: auto;"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></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></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553			B		MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>
		H																					
	25533412	21433552																					
	00000000	00000000																					
	D		G																				
	00000000	00000000																					
	35533411	11433553																					
		B																					
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																						
			DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>																				
		DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Ghali LEBBAR

GYNÉCOLOGUE • OBSTÉTRICIEN

Diplômé des facultés de médecine de Paris et Amiens

Chirurgie conventionnelle et coelioscopique

Coelioscopie • Hysteroscopie • Maladies des seins

STÉRILITÉ DU COUPLE

Inséminations • Fécondation In-Vitro - ICSI

الدكتور الغالي (اللبار)

إختصاصي في أمراض النساء و التوليد

خريج كلية الطب بباريس و أميان (فرنسا)

• جراحة الجهاز التناسلي و الجراحة بالمنظار

أمراض التدي

• أمراض العقم • المساعدة الطبية للإنتاج

Casablanca le 29/07/19

Mme MOULHÉN Salma.

57,150 x2

1) DIFLUCAN

150g

1 boîte / 29/07  
03/08

2) DERMOFIX (ou) MYCOSTER  
crème

1 Appl. 3 fois / jour (05j)

3) FUCIDINE  
crème

3 fois / jour

( SERPEN 750 )

1 - 0 - 1

90,100

4) REPADINA.

1 boîte / Semaine

+ AINARA / SAFORELLI  
crème

1 Application / jour.

302,100

العيادة: إقامة النور، شارع بترانزان • الدار البيضاء

Cabinet : Rés. Ennour - 38, Bd. Biranzarane - Maârif

5ème étage (Au dessus Laiterie Yazami) • Casablanca

Tél. : 05 22 25 35 31 / 39 • الهاتف : 05 22 25 35 39 • الفاكس :

Dr Ghali LEBBAR  
Gynécologue-Obstétricien

38, Bd. Biranzarane 5<sup>ème</sup> étage - Maârif - Casablanca

Tél: 0522 25 35 31 / 39

| En cas d'urgence

في حالة استعجال



5)  
=

ELLAONE

1. p.

  
Dr Ghali LEBBAR

Gynécologie-Obstétrique

38, Bd Bir Anzarar - Quartier - Casablanca

Tél: 0522 25 35 31 / 39



# Repadina®

ACIDE HYALURONIQUE SEL SODIQUE 5 mg  
10 ovules vaginaux

**Indications:** traitement adjuvant des processus de réparation des états atrophiques et dystrophiques de la muqueuse vaginale. Il favorise la cicatrisation lors du post-partum, en chirurgie gynécologique, dans les dystrophies consécutive à la chimiothérapie, aux radiations ionisantes et à la sécheresse vaginale, également due à une carence en oestrogène.

**Mode d'emploi et précautions:** lire la notice contenue dans la boîte.

**Présentation:** 10 ovules vaginaux de 2 g

DISPOSITIF MEDICAL  0373

Autorisation DMP N° 2630/258/2015/DMP/20/DM



Fabricant: FARMA-DERMA s.r.l.

Via dell'Artigiano 6-8 - 40010 Sala Bolognese (BO) - ITALIE (ITALY)

Distributeur: PROMOPLUS PHARMA

Hay Raja 2 N°100 - BP 401, Had Soualem, MAROC



La date d'expiration fait référence au produit dans son emballage fermé et conser

LOT :

EXP :

Promoplus Pharma

P.P.C = 80,00 DH





# AINARA

gel hydratant vaginal  
30g

Ainara est un **gel hydratant mucoadhésif utilisé pour soulager des symptômes d'atrophie vulvo-vaginale, sécheresse vaginale et l'inconfort associés**, qui peuvent survenir pendant la grossesse, l'accouchement, la ménopause ou résultant de l'irritation physique, chimique ou altération de la flore vaginale normale ou associés à l'utilisation des contraceptifs oraux ou autres médicaments.

Ainara présente une bonne tolérance vaginale.

**INGREDIENTS :** Glycérol (E422), polycarbophil, carbopol, parahydroxybenzoate de méthyl, sel de sodium (E219), parahydroxybenzoate de propyl, sel de sodium (E217), hydroxyde de sodium, acide chlorhydrique, eau purifiée. Sans parfum.

**MODE D'EMPLOI :** Laver les mains avant et après l'utilisation. Ainara est appliqué à l'intérieur du vagin à l'aide d'un applicateur, préalablement rempli avec 1 g de gel.

Il est recommandé une application de Ainara 2 fois par semaine.

Il peut être utilisé quotidiennement en cas de besoin, jusqu'à 12 semaines.

Si les symptômes persistent consultez votre médecin.

CE 0318

Fabricant :  **ITALFARMACO S.A.**  
C/ San Rafael 3 28108 Alcobendas (Madrid)

Lot:



711

2020-03

PPC : 97,00 Dhs



Pfizer

**DIFLUCAN®**

150 mg



1 GÉLULE



6 118000 250159

®

ديفلوكان

150 mg

فلوكونازول



57,50

1 كبسولة



**DIFLUCAN®**

150 mg FLUCONAZOLE

UT. AV. :

P.P.V.:

LOT N° :

09366020/6



Pfizer

**DIFLUCAN®**

150 mg



1 GÉLULE



6 118000 250159

®

ديفلوكان

150 mg

فلوكونازول



57,50

1 كبسولة



**DIFLUCAN®**

150 mg FLUCONAZOLE

UT. AV. :

P.P.V.:

LOT N° :

09366020/6