

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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° W19-426789

NO = 31719

Optique Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10527

Société :

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : MAJD ADEL

Autre :

Date de naissance : 16/01/1970

Adresse : 18, Rue la Fraternité Racine Casa

Tél. : 06 90 56 56 72

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/06/2020



Nom et prénom du malade : ATIF AMAL



Lien de parenté : Lui-même



Nature de la maladie : DERMATOSE



En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans les cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 17/06/2020



RELEVE 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	consultation		#250,00	INP : 091028274 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourrier	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de Picardie	12, Rue Barthélémy - Quartier Gauthier 07/09/2020	210,90

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	
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

VOLET ADHERENT

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

RELEVE 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Kaoutar Janati

Dermatologue - Vénéréologue
 Ancien Médecin interne au
 CHU Ibn Rochd et à L'Hôpital SAR Moulay El Hassan
 Diplômée en Médecine Esthétique
 et lasers de l'université de Besançon - France
 Maladies de la peau, cuir chevelu, ongles
 Allergies - Brûlures- Chirurgie Dermatologique
 Médecine Esthétique - Lasers



الدكتورة كوثر جناتي

إخصاصية في الأمراض الجلدية والتاليسية
 طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى ابن رشد
 ومستشفى الأمير مولاي الحسن
 حاصلة على شهادة طب التجميل
 والليزر من جامعة بزنسون - فرنسا
 أمراض الجلد، الشعر والأظافر ، الحساسية
 الحروق ، جراحة الجلد ، طب التجميل ، الليزر

Pharmacie de Picardie
 Mme. BENBRAHIM Alima
 12, Rue Badr Assayab - Quartier Gauthier Casablanca, le
 121 - 05 22 26 79 23

06/6/2020

Mme Atef Anal

①

8 lever au Topiaderm gel
 magras -

②

Réparation

n = 4.

+ Dermal
 Alopi calen aerolet n = 1

1app J le pui x 1uni.
 1/2 x 1uni.

Zadryl CP

1apl J le pui x 3uni.

③

37,50

E. Lafyl 800

1cpx 21 J 07picks.

4.



17,40 x 6



37,50

127,01
90

49,80

confin

1apl J

Xeloxane spray

Dr. Kaoutar Janati
 Dermatologue - Vénéréologue - La 2/3
 Médecine Esthétique - Ryad Hay Hassani
 Casablanca - 121 - 05 22 26 79 23
 Tél : 0522 89 33 99 / Gsm : 0668 31 87 43 - E-mail: janatikawtar@hotmail.fr

عمر ٤١، رياض الحي الحسني، «الليانس دارنا» شارع أم الريـع طريق الرحمة الطابق الأول - الدار البيضاء

Imm 1, Groupe Résidentiel Ryad Hay Hassani (Alliance Darna), Bd Oum Rabii Route Arrahma, 1ère étage - Casablanca

Tél : 0522 89 33 99 / Gsm : 0668 31 87 43 - E-mail: janatikawtar@hotmail.fr

ID : 644219 GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 17.40 DH



6 118000 161295

EXP 09 2021
Lot 60653

Dermoval 0,05 % CREME

Voie cutanée

NE PAS AVALER - RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - Uniquement sur ordonnance

Dermoval 0,05 %

PROPIONATE DE CLOBETASOL

Tube 10 g



CREME

ID : 644219 GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 17,40 DH



6 118000 161295

EXP 09 2021
Lot 60653

Dermoval 0,05 % CREME

Voie cutanée

NE PAS AVALER - RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - Uniquement sur ordonnance

Dermoval 0,05 %

PROPIONATE DE CLOBETASOL

Tube 10 g



CREME

ID : 644219 GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 17.40 DH



6 118000 161295

EXP 09 2021
Lot 60653

Dermoval 0,05 % CREME

Voie cutanée

NE PAS AVALER - RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - Uniquement sur ordonnance

Dermoval 0,05 %

PROPIONATE DE CLOBETASOL

Tube 10 g



CREME

ID : 644219 GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 17.40 DH



6 118000 161295

EXP 09 2021
Lot 60653

Dermoval 0,05 % CREME

Voie cutanée

NE PAS AVALER - RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - Uniquement sur ordonnance

Dermoval 0,05 %

PROPIONATE DE CLOBETASOL

Tube 10 g



CREME

فلاجيل® 500 مللغ

ميترونيدازول
غير صادم - عن طريق الفم
20 قرصاً مضغناً - عن طريق الفم

Flagyl 500 mg

Respecter les doses prescrites

احترم المقدار الموصى

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A
بحصر فتحها بموجب وصفة طبية - جدول A

03/2022
101-614156

1 FLAGYL 500 mg
CP PEL B20

P.P.V.A : 490H80



6



sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P. 1 - Amzabda
20250 Casablanca

NE PAS LAISSER A LA PORTE DES ENFANTS
Liste des excipients qui ont un effet notable :
Métronidazole 500 mg.
Mise en garde spéciales :
Avertissement de blé (glutén).
Liste des excipients qui ont un effet notable :
Excipients : amidon de blé, povidone K30, stéarate de magne-sium hydroxyde, macrogol 20000.

Pour un comprimé petitule.
Métronidazole 500 mg.
Composition :
Liste des excipients qui ont un effet notable :
Excipients : amidon de blé, povidone K30, stéarate de magne-sium hydroxyde, macrogol 20000.

SANOFI

20 comprimés pelliculés

Vie orale

Métronidazole

Flagyl® 500 mg

لائحة السواغات معروفة آثارها:

نشا القمح (غلوتين)

تحذيرات خاصة :

اقرأ النشرة قبل الاستعمال.

يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال.

المكونات :

ميترونيدازول 500 ملخ

السواغات: نشا القمح, بوفيدون K30, ستيرات المغنيسيوم,

هيبرومیلون, ماکروجول 20000. لكل قرص ملطف.

Zadryl® 10 mg

Cétirizine

30 comprimés enrobés sécables

Zadryl® 10 mg
Cétirizine

30 comprimés enrobés sécables

91,50

POLY MÉDIC

Rue Amyot d'Inville - Casablanca Maroc
Dr M. HOUBACHI - Pharmacien Responsable