

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

- Reclamation : 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° W19-546983

ND: 32301

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13168

Société : Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : Fousi Abbas

Date de naissance : 07/10/1998

Adresse : 55, Impasse Ibnou Kati, Résidence AMINEB, Ag 7, Apt 45, Maarif, Casablanca

Tél. : 0668558881

Total des frais engagés : 750,000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. EL MACHBOUHI
Dermatologue - Vénérologue
N°26 - 4ème Etage Résidence des Alpes
Boulevard Ahmed Al Mejjati, Maarif - Casablanca

Date de consultation : 01/07/2020

Nom et prénom du malade : Abbas Fousi

Age : 29

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Dermato - Vénérologie

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

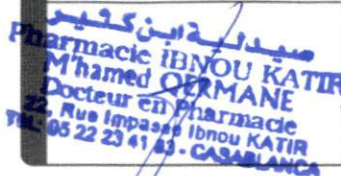

Le : 01/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
01/07/2020			2300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/07/2020	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

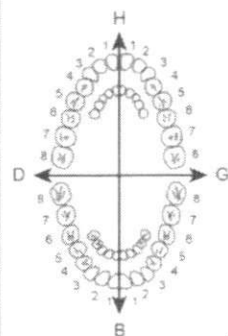
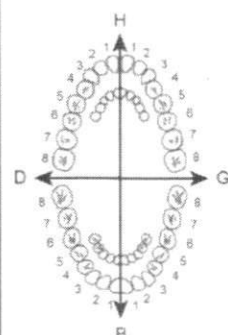
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr. Loubna EL MACABOUH

الدكتورة لبنى المشبوح

Dermatologie . Vénérologie . Dermatologie esthétique

Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca

Diplômée de l'université de Versailles SQEY - Paris

Ancien médecin au CHU Ibn Rochd - Casablanca

Maladies de la peau . Ongles . Cheveux

Maladies sexuellement transmissibles

Dermatologie chirurgicale

Dermatologie esthétique - laser

أخصائية الأمراض الجلدية و التناسلية و طب التجميل

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

خريجة جامعة فرساي بياريس

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

أمراض الجلد . الأظافر . الشعر

الأمراض المنقولة جنسيا

جراحة الجلد

طب التجميل . ليزر

Dr. Loubna

EL MACABOUH

01.07.2020

17^e Abbas

Fouzi

صيدلي ابن كثير
Pharmacie IBNOU KATIR
M'hamed DERMANE
Docteur en Pharmacie
22, Rue Imrass Ibnou KATIR
TEL: 05 22 23 91 83 - CASABLANCA

① Neolis 25:

1x1j \rightarrow 10j \rightarrow 10j

(soir)

30,00

② - hachap croute:

1x1j m cures pd 07j

(S.V.)

36,70

③ Mycoderm on 10:

1x1j \rightarrow 10j \rightarrow 10j

(S.V.)

13, rue Ahmed AL MAJJATI, résidence LES ALPES, 4eme étage (avec ascenseur), N26°

Maarif - Casablanca

Tel: 0522256313 - Urgences: 0623584465

④ 842 Bernafix poudre.
pour chaus et chisib

صيدان ابن كاتير
Pharmacie IBNOU KATIR
M'hamed OERMANE
Docteur en Pharmacie
22, Rue Impasse Ibnou KATIR
Tél: 05 22 23 41 83 - CASABLANCA

صيدان ابن كاتير
Pharmacie IBNOU KATIR
M'hamed OERMANE
Docteur en Pharmacie
22, Rue Impasse Ibnou KATIR
Tél: 05 22 23 41 83 - CASABLANCA



nov 8 02 se
(cartole)
DOUH Loubna
Vénérologue
22, Rue Impasse Ibnou KATIR
Tél: 05 22 23 41 83 - CASABLANCA

150,90

صيدان ابن كاتير
Pharmacie IBNOU KATIR
M'hamed OERMANE
Docteur en Pharmacie
22, Rue Impasse Ibnou KATIR
Tél: 05 22 23 41 83 - CASABLANCA

LOCATOP®

0,1%



P.P.V: 30DH00

LOCATOP 0,1%
CREME T30G

LOT : 20E009
PER.: 12 2022

Pierre Fabre
DERMATOLOGIE

30 g
TUBE

Désionide 0,1%
Crème usage local

Composition qualitative et quantitative :

Désionide : 0,1000 g.

Excipients : Vaseline, paraffine liquide, alcool cétystéarylique et éther cétostéarylique de macrogol 1000 (EMULCADE 1000 NI), gallate de propyle, édétate de sodium, acide sorbique, eau purifiée pour 100 g.

Usage local. Lire attentivement la notice avant utilisation.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.



Pierre Fabre

maphar - Casablanca

R. LAMRINI, Pharmacien Responsable



(140x35x26) mm

MYCODERME® 1% CREME

LOT: 08020018
PER: 03/2025
PPV: 36,70 DH

Nitrate d'éconazole

Topique

Tube de 40 g

Composition :

AMM N°310/17 DMP/21/NRQ

Chaque tube :

DCI : nitrate d'éconazole0,4 g

Excipients :q.s.

Excipients à effet notoire : acide benzoïque et Butylhydroxyanisole

المكونات :

كل أنبوب يحتوي على :

ت.ع.م : نترات الإكونازول 0,4 غ

سواغاتك.ك

سواغات ذات تأثير مهم : حمض البنزويك و بيتيل

هيدروكسي أنيسول

Dermofix® Poudre
Sertaconazole



PROMOPHARM s.a.



6 118000 240280

Dermofix®

Poudre

Sertaconazole



پروموفارم ش.م.
PROMOPHARM s.a.

Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc
S/L FERRER INTERNATIONAL S.A.

30 g

Poudre 2 %
VOIE TOPIQUE



84.20