

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-546983

ND: 32301

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 13168 | Société : Royal Air Maroc | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : Fousi Abbes | | | |
| Date de naissance : 07/10/1991 | | | |
| Adresse : 55 Impasse Ibnou Kathir, Résidence AMINER El Mejjati, Apt 15, Maarif Casablanca | | | |
| Tél. : 0668558881 Total des frais engagés : 150,00 Dhs | | | |
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| DR. EL MACHOURI Lebtif Dermatologue - Vénérologue N°26, 4ème Etage Résidence des Alpes Bld Ahmed Al Mejatti, Maarif Casablanca | | | |
| Date de consultation : 01/07/20 | | | |
| Nom et prénom du malade : ABbes fousi Age : 29 | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parent(s) <input type="checkbox"/> 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 : **Casablanca**

Le : **01/07/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **Aly**

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  ميسندرية ابن كثير Pharmacie IBNOU KATIR M'Hamed OUFERMANE Docteur en Pharmacie 22, Rue Impasse Ibnou KATIR BP 2223 41 83 CASABLANCA | <i>01/07/2020</i> | <i>1954,72 Dhs</i> <i>Pharmacie IBNOU KATIR</i> <i>M'Hamed OUFERMANE</i> <i>Docteur en Pharmacie</i> <i>22, Rue Impasse Ibnou KATIR</i> <i>BP 2223 41 83 CASABLANCA</i> <i>150,90 Dhs</i> |

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

| 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | INP : <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| ODF PROTHÉSES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | |
| H | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. Loubna EL MACHBOUH

الدكتورة لبني المشبوع

Dermatologie . Vénérologue . Dermatologie esthétique

أخصائية الأمراض الجلدية و التناسلية و طب التجميل

Diplômée de la faculté de médecine de casablanca

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

Diplômée de l'université de versailles SQEY - Paris

خريجة جامعة فرساي بباريس

Ancien médecin au CHU Ibn Rochd - casablanca

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا

Maladies de la peau . Ongles . Cheveux

أمراض الجلد . الأظافر . الشعر

Maladies sexuellement transmissibles

الأمراض المنقولة جنسياً

Dermatologie chirurgicale

جراحة الجلد

Dermatologie esthétique - laser

طب التجميل . ليزر



Dr. Loubna
EL MACHBOUH

Fayrouz

01.07.2020

N° Abbes

صيدلية ابن كعير
Pharmacie IBNOU KATIR
M'hamed DERMANE
Docteur en Pharmacie
22, Rue Impasse Ibno KATIR
TEL: 05 22 24 41 83 - CASABLANCA

① Neotis 85:

1x1j → Pense Cuirass (801g)

301g

(S.V.)

② Locstop crante:

1x1j m cuirass pd offrir

(S.V.)

34.70

③ My codem pr bo:

1x1j po au fl interne
pd + cleau

15. زنقة أحمد المحاطي، إقامة الألب، الطابق الرابع، رقم 26 المعاريف - الدار البيضاء.

13, rue Ahmed AL MAJJATI, residence LES ALPES, 4eme étage (avec ascenseur), N26°
Maarif - Casablanca

Tel: 0522256313 - Urgences: 0623584465

④ 84,20 Dernier(s) par des charges et le self

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

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

DOUH Loubna
Vénérologue
Résidence des Alpes
Marrif, Casablanca



nov 01 de
(carte le)
=

150,90

150

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

Crème usage local

Désonide 0,1%

LOCATOP® 0,1%



1180000120619

LOCATOP 0,1%
CREME T30G

PER.:12/2022

LOT:20E009

P.P.V:30DH00

DERMATOLOGIE
Pierre Fabre

30 g
TUBE

Composition qualitative et quantitative :
Désonide : 0,1000 g.
Excipients : Vaseline, paraffine liquide, alcool cetylstearyl liquide et
éther cétostéaryl liquide de macrogol 1000 (EMULGADE 1000 NI),
gallate de propyle, edétate 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



MYCODERME® 1% CREME

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

Nitrate d'éconazole

Topique

Tube de 40 g

Composition :

Chaque tube :

DCI : nitrate d'éconazole 0,4 g

Excipients : q.s.

Excipients à effet notable : acide benzoïque et Butylhydroxyanisole

AMM N°310/17 DMP/21/NRQ

المكونات :

كل أنبوب يحتوي على :

ت.ع.م : نيترات الإكونازول 0,4 g

سواغات ك.ك

سواغات ذات تأثير مهم : حمض البنزويك و بيتيل

هيدروكسى أنيسول

Dermofix® Poudre
Sertaconazole

PROMOPHARM S.A.



6 118000 240280

Dermofix®

Poudre

Sertaconazole

30 g

Poudre 2 %
VOIE TOPIQUE



بروموفارم س.ا.
PROMOPHARM S.A.

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



84,20