

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Diagnostique 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

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° P19- 046919

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8343 Société : 46346

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAMANI Mohammed

Date de naissance :

Adresse : 252 Bd Ghandi Res. Nassima Casa

Tél. : 06 61 18 36 41 Total des frais engagés : 449,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02 / 10 / 2020

Nom et prénom du malade : Y. ZAMANI Mohamed Age : 20

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

Nature de la maladie : Dermabole

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 : Casa Le : / /

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
02/12/22	G		350.0	Pr. JARMOUNI DERATOLOGUE 203 Bd. Zerkouni i. sa Tél: 05 22 36 43 17 / 27

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacieur ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BEAUSEJOUR Mr Mustapha Serghini 15, Bd Omar Al Khayyam Kisimat Beausejour, Magasin n° 2 Tél: 05 22 23 21 7	02/12/22	90,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

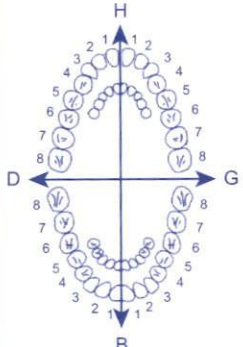
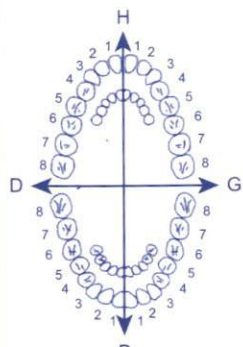
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur R.JARMOUNI IDRISSE

Dermatologie - Vénérologie - Laser - Puvathérapie

الأستاذ رشيد الجرموني الإدريسي

اختصاصي في الأمراض الجلدية و التناسلية

Mz Z'amani Mohamed

Casablanca, le 02/12/2022 في الدار البيضاء،

90,40

Mycoster crème

n°2

45,20x2

2 fois / x 1 mois



Pr JARMOUNI IDRISSE R  
DERMATOLOGUE  
203 Bd. Zerkouni  
Tél: 05 22 36 43 17 / 27

PHARMACIE BEAUSEJOUR  
Mr Mustapha Serghini  
15, Bd Omar Al Khayyam  
Kissariat Beauséjour, Magasin n°31  
Tél: 05 22 23 21 7

Sur Rendez-vous

بالموعد

203, Bd. Zerkouni - Résidence Ben Ham - 4<sup>e</sup> étage - Casa - البيضاء - الرابع - الطابق الرابع - البينضاء - 203, شارع الزركطوني إقامة بن حام

Tél. : 05 22 36 43 17 / 27 : الهاتف Fax : 05 22 36 43 68 : الفاكس

GSM : 06 48 12 22 62 - E-mail : cabinetdermatologie.jr@gmail.com



شعير  
30

شعير  
30

لحم

لحم

شعير لا يتركز في  
شعير لا يتركز في

شعير لا يتركز في  
شعير لا يتركز في

1% MYCOSTER® 1% متيستر

1% MYCOSTER® 1% متيستر

الإرشادات العلاجية

الإرشادات العلاجية

- فطار الجلد أو الأظافر (تعفّنات ناجمة عن  
لفطريات) المرافق أو لا بتعفّنات ثانوية  
بكتيرية.

- فطار الجلد أو الأظافر (تعفّنات ناجمة عن  
الفطريات) المرافق أو لا بتعفّنات ثانوية  
بكتيرية.

- التهاب الجلد الزهمي خفيف إلى معتدل  
في الوجه.

- التهاب الجلد الزهمي خفيف إلى معتدل  
في الوجه.

طريقة الإستعمال

طريقة الإستعمال

LOT: 20E017  
PER: 06 2023

MYCOSTER 1%  
CREME T30G

P.P.V: 45DH20



6 118000 011118



P.P.V: 45DH20

MYCOSTER 1%  
CREME T30G

LOT: 20E010  
PER: 12 2022

يحفظ بعيدا عن مرأى ومتناول  
الأطفال

يجب قراءة هذه النشرة بتمعن قبل  
الاستعمال

يحفظ في درجة حرارة تقل عن  
30 درجة مئوية.

يحفظ بعيدا عن مرأى ومتناول  
الأطفال

يجب قراءة هذه النشرة بتمعن قبل  
الاستعمال

يحفظ في درجة حرارة تقل عن  
30 درجة مئوية.



Pierre Fabre  
maphar

Km 10, route côtière 111,  
quartier industriel, Zenata, Aïn Sebaâ  
Casablanca - Maroc

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable



Pierre Fabre  
maphar

Km 10, route côtière 111,  
quartier industriel, Zenata, Aïn Sebaâ  
Casablanca - Maroc

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

MYCOSTER® 1%

Crème Tube 30 g



6 118000 011118

MYCOSTER® 1%

Crème Tube 30 g



6 118000 011118