

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.

Biologie 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.

Educational :

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

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° M20- 0009172

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1839 Société : 48527

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TAOUZI AHMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066583233 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-09172

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des travaux																				
				Montant des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			Montant des soins
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																					
			Fin de																					

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		W18-396674	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W18-396674

DATE DE DÉPÔT

12/11/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	1839
Nom & Prénom		TAOUEI - AHMED	
Fonction :	RETRAITE	Phones	06.65231233
Mail			

MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	Age
Nature de la maladie		Date	
		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	

PHARMACIE	Date	17.11.2020
Montant de la facture	128.70	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date :
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	



Docteur Abdelmoumen Zian

SPECIALISTE EN TRAUMATOLOGIE
ET CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
MALADIES DES OS ET ARTICULATIONS
TRAUMATOLOGIE DE SPORT

Expert Assermenté auprès des Tribunaux
Diplômé de la faculté de Médecine

de Granada - Espagne

Ex. Chirurgien de l'hôpital Universitaire
de Granada - Espagne

Ex. Chirurgien au 3ème Hôpital
Militaire de Laayoune

(Aut. N° 10234 - Octobre 1989)

الدكتور عبد المومن زيان

أخصائي في جراحة العظام

أمراض العظام والمفاصل

أمراض الروماتيزم

خبير محلف لدى المحاكم

(خريج كلية الطب بقرنطة (إسبانيا)

من قدماء جراحي العظام بالمستشفى

(الجامعي بقرنطة (إسبانيا)

من قدماء جراحي العظام بالمستشفى

العسكري الثالثة بالعيون

(رخصة رقم 10234 أكتوبر 1989)

17 NOV 2020

Tanger le..... طبعة في

TAOU XI ANNO

Fueidius Paul

3970

2 applique



89.00 Federator 2 Spray

2 fl



CENTRE DE TRAUMATOLOGIE ET CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Immeuble BALEARES عمارة البليار

22 Rue de Belgique

22 Rue de Belgique App. N° 1 (Près de la mosquée Mohammed V) - Tanger



Urgence: 06 61 20 60 17 - 05 39 37 24 78 - 05 39 94 75 47 - 05 39 94 75 47 - 05 39 94 75 47 - 05 39 94 75 47
E-mail: zlandr@menara.ma - Site Web: www.ziandocteur.populus.ch

Tanger Le 17.11.2020

Racture N° 20

صيدلية باريس
Pharmacie de PARIS
Mme SOUFIANE Souad
Pharmacienne
8, Place de France - TANGER
Tel 05 39 93 64 24

M. TAOUZI AHMED

Quantité	designation	Prix	Montant
1	Fucidine gel		39,70
1	Sedastil spray		89,00
			12870
<div><p>صيدلية باريس Pharmacie de PARIS Mme SOUFIANE Souad Pharmacienne 8, Place de France - TANGER Tel 05 39 93 64 24</p></div>			
<div><p>PHARMACIE DE PARIS ICE 0016053300019 صيدلية باريس</p></div>			

SEDASTERIL
spray

Le spray antiseptique*
SEDASTERIL est non irritant :
Il permet de nettoyer la peau
sans douleur et vous assure
une parfaite hygiène cutanée.

CONSEILS D'UTILISATION

Appliquez localement le spray (1
à 2 pulvérisations), directement
ou à l'aide d'une compresse
stérile. Action bactéricide* en
5 minutes de contact.

Ne pas dépasser 3 applications
par jour. Usage externe.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

En cas de consultation d'un
médecin, garder à disposition
le récipient ou l'étiquette.

Tenir hors de portée des
enfants. Éviter le rejet dans
l'environnement.

Recueillir le produit répandu.
Éliminer le contenu/récipient dans
une installation d'élimination des
déchets autorisée.

En cas de contact avec les
yeux, rincer immédiatement et
abondamment avec de l'eau et
consulter un spécialiste.

Ne pas utiliser en cas
d'antécédent d'allergie à l'un
des composants.

Ne pas cumuler plusieurs
antiseptiques.

Conserver le récipient fermé.
Utiliser avec précaution chez le
nouveau-né, en particulier chez
les prématurés.

INGRÉDIENTS

Aqua, Chlorhexidine digluconate
(CAS 18472-51-0) : 0,36% (m/m).

Produit destiné à l'hygiène
humaine. Liquide.

SEDASTERIL
spray

spray
ANTISEPTIQUE*
INCOLORE

NE PIQUE PAS

SANS ALCOOL

LABORATOIRES
JUVA SANTÉ

8, rue Christophe Colomb
75008 PARIS - FRANCE

Distribué par :
PROMOSER

Résidence CASA 1,
282 Bd de la Résistance,
CASABLANCA - MAROC

Ref: 950321 - DOC1498

100 ml

*Effet bactéricide sur pseudomonas aeruginosa et escherichia
coli selon la norme NF EN 1276.
Et sur staphylococcus aureus selon la norme NF EN 1040.



3 160929 503215

M1232 0522

LOT

PER

Prix

89.00



Fucidine® 2%
pommade Tube de 15 g

Fucidine® 2% pommade

Fusidate de sodium

Tube de 15 g

فوسيدين® 2% مرهم
أنبوب من 15 غ

فوسيدات الصوديوم

Composition

Fusidate de sodium
Excipients à effet notoire : alcool cétylique et lanoline
contient du butyrylhydroxytoluène.
Sous excipients : vaseline officinale (contient du
butyrylhydroxytoluène), paraffine liquide (contient
du tout- α -alpha-tocophérol).

Voie cutanée

Ne pas laisser à la portée des enfants
Lire attentivement la notice avant emploi

Centésimale	Par tube
2 g	300 mg
100 g	15 g

التركيبية	الاصنوية	للانبوب
فوسيدات الصوديوم	2 غ	300 ملغ
المواد ذات تأثير معزز: كحول سيلي، لانولين (اصنوي غير مبيّن)، هيدروكسي تولاين (اصنوي غير مبيّن)، الدهون الاصطناعية، الفازلين (اصنوي غير مبيّن)، الدهون الاصطناعية، الفازلين (اصنوي غير مبيّن)، الدهون الاصطناعية (اصنوي غير مبيّن)، الدهون الاصطناعية (اصنوي غير مبيّن).	100 غ	15 غ

غير الجدة
لا تترك مستأجر الأطفال
يتمى أفراد الأسرة وبغاية غير الإستعمال

Fucidine® 2% pommade

Tube de 15 g



6 118000 120575

39,70

Ne pas avaler - Respecter les doses prescrites
عدم البلع - احترام الجرعات الموصوفة

Pas de précautions particulières de conservation.

Liste I

Uniquement sur ordonnance médicale
بناء على وصفة طبية فقط

Fabriqué par  POLYMÉDIC sous licence LEO Pharma
Rue Amyot d'inville, Quartier Arsalane
Casablanca - Maroc
Dr. M. HOUBACHI : Pharmacien Responsable
AMM N°42 DMP/21/CC1

LEO