

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

M22- 0025227

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	2975	Société :	EX ONE. QAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	AMRANI Abdellah - 160 MA
Nom & Prénom :		Amrani Abdellah - 160 MA	
Date de naissance :		32-12-1971	
Adresse :		EDEN BLVD. Naelayyaf - IM 75 APART 23. ETAGE 05. CASABLANCA	
Tél. :		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. IBENKHAYAT ZOUGGARI
Samir
Médecine Générale
Bloc 2 Rue de Fes N°54
AGADIR - Tél: 06 61 38 25 24

Date de consultation : 20.10.16
Nom et prénom du malade : Amrani Abdellah Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) :



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 Recouvrement des Actes
20/04/2023	C	A	100,00 Dhs	<p>Dr. IBENKHAYAT Samir Médecine Générale Bloc 2 Rue de Fes N°54 CADIR - Tél: 06 61 38 25 24</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HALIMIE FARM Prog. 5523 al Mohamad 0528 238595 2011183	20/04/23	394,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

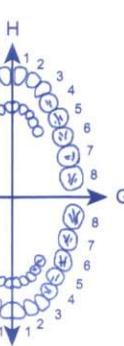
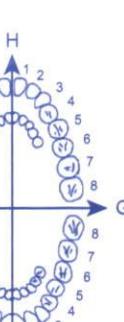
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Ibenkhayat Zouggari Samir

MEDECINE GENERALE

Bloc 2 Rue de Fes N° 54
(Place des Bus - Abattoirs)

AGADIR

Tél.: 05.28.82.84.50

GSM: { 06.61.38.25.24
06.63.65.06.59

Urgences et visites à domicile
24H / 24H

الدكتور ابن الخطاط زكاري سمير

الطب العام

بلوك 2 زنقة فاس رقم 54

(ساحة الحافلات — الباصوار)

أكادير

الهاتف : 05.28.82.84.50

06.61.38.25.24
المحمول: 06.63.65.06.59

في جميع الأوقات

Agadir, le..... 26.10.2023

onizani Abdelhamid

Dr. IBENKHAYAT ZOUGGARI
Samir
Médecine Générale
Bloc 2 Rue de Fes N°54
AGADIR - Tél: 06 61 38 25 24

1610 - Titration générale n°4

legg - 2 gr

- Titration n°4

1 gr/10

Doflensop

2-2-2

14510 - Ravancéon

7 gr

6815 - uriepas

1-1-1

1.5

1.5

1.5

Dr. IBENKHAYAT ZOUGGARI
Samir
Médecine Générale
Bloc 2 Rue de Fes N°54
AGADIR - Tél: 06 61 38 25 24

394,20

PHARMACIE ADORIA
Prix Maroc
Hay M'hamed
Tél: 0528828450



TAVANIC® 500 mg

lévofloxacine/levofloxacin

Voie orale/Oral use

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Tavanic 500mg cp pel b5
P.P.V : 145,00 DH



6 118001 080670

5 comprimés pelliculés sécables
5 film-coated scored tablets

SANOFI



30 comprimés pelliculés

daflion® 500 mg



Route d'Azemmour, 20180 Casablanca

Im. ZEVACO, Lot FATH 4

SERVIER MAROC

Les Laboratoires Servier - France



122, 20

للمدة ٣٠ يوماً

500 mg x 12

62120

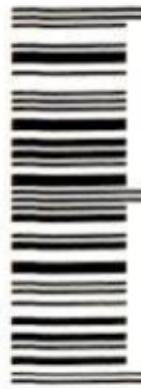
Urispas®

200 mg



Urispas® 200 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 020653

Voie rectale

Indications :

Traitement local des symptômes (prurit, douleurs) liés à la crise hémorroïdaire.

Posologie :

Adulte et enfants + de 6 ans.
Une application renouvelable avec un intervalle minimum de 3 heures.
La durée de traitement ne doit pas excéder 7 jours.

دواعي الاستعمال :
علاج موضعي للأعراض (الحكة، والألم) المرتبط بحالة البواسة.
الجرعة
عند البالغين والأطفال فوق 6 سنوات
جرعة واحدة يتم تجديدها حسب الحاجة، مع فاصل زمني بين الجرعات لا يقل عن 3 ساعات.
يجب ألا تتجاوز مدة العلاج 7 أيام.

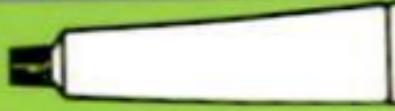
LOT : 220930
PER : 10-2025
PPY : 16.0002H

TITANORÉÏNE®

Carraghénates - Dioxyde de titane - Oxyde de zinc - Lidocaïne

CREME

à la lidocaïne (2%)



Titanoréïne à la
lidocaïne 2%
Crème



6 118000 080503



COOPER
PHARMA

DÉPUIS 1933

41, Rue Med Diouri 20 110 Casablanca, Maroc

زنقة محمد الدبورى، 110 الدار البيضاء، المغرب

Pharmacien responsable: Amina DAOUDI

الصيدلي المسؤول: أمينة الداودي

Voie rectale

Indications :

Traitements locaux des symptômes (prurit, douleurs) liés à la crise hémorroïdaire.

Posologie :

Adulte et enfants de plus de 6 ans.

Une application renouvelable avec un intervalle minimum de 3 heures.

La durée de traitement ne doit pas excéder 7 jours

دوعي الاستعمال :
علاج موضعي للأعراض (الحكة، والآلم) المرتبط بحالة البواس.
الجرعة
عند البالغين والأطفال فوق 6 سنوات
جرعة واحدة يتم تجديدها، حسب الحاجة، مع فاصل زمني بين الجرعات لا يقل عن 3 ساعات.
يجب أن تتجاوز مدة العلاج 7 أيام.

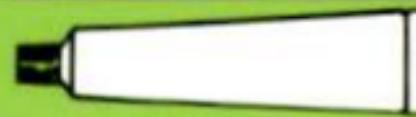
PPH : 16.00025
PER : 220930
LOT : 220930

TITANORÉÏNE®

Carraghénates - Dioxyde de titane - Oxyde de zinc - Lidocaïne

CREME

à la lidocaïne (2%)



Titanoréïne à la
lidocaïne 2%
Crème



COOPER
PHARMA

DEPUIS 1933

41, Rue Med Diouri 20 110 Casablanca, Maroc
زنقة محمد الدبوري، 20 الدار البيضاء، المغرب

Pharmacien responsable: Amina DAOUDI

الصيدلي المسؤول: أمينة الداودي

6 118000 080503

LOT : 220930
PER : 16.000DH
PPR : 16.000DH

Voie rectale

Indications :
Traitement local des symptômes (prurit, douleurs) liés à la crise hémorroïdaire.

Posologie :
Adulte et enfants de plus de 5 ans.

Une application renouvelable avec un intervalle minimum de 3 heures.
La durée de traitement ne doit pas excéder 7 jours

دوعي الاستعمال :
علاج موضعي للأعراض (الحكة، والآلم) المرتبطة بحالة البواسير.
الجرعة
عند البالغين والأطفال فوق 6 سنوات
جرعة واحدة يتم تجديدها حسب الحاجة، مع فاصل زمني بين الجرعات لا يقل عن 3 ساعات.
 يجب ألا تتجاوز مدة العلاج 7 أيام

TITANORÉÏNE®

Carraghénates - Dioxyde de titane - Oxyde de zinc - Lidocaïne

CREME

à la lidocaïne (2%)



Titanoréïne à la
lidocaïne 2%
Crème



6 118000 080503



COOPER
PHARMA

DEPUIS 1933

زنقة محمد الدبوري، 41 Rue Med Diouri 20 110 Casablanca, Maroc
الدار البيضاء، المغرب
Pharmacien responsable: Amina DAOUDI
الصيدلي المسؤول: أمينة الداودي

Voie rectale

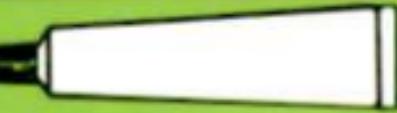
PPY :
PER :
LOT :
16/09/2025

TITANORÉÏNE®

Carraghénates - Dioxyde de titane - Oxyde de zinc - Lidocaïne

CRÈME

à la lidocaïne (2%)



Titanoréïne à la
lidocaïne 2%
Crème



COOPER
PHARMA

DÉPUIS 1933

41, Rue Med Diouri 20 110 Casablanca, Maroc

41 زقة محمد الدبوري، 20 110 الدار البيضاء، المغرب

Pharmacien responsable: Amina DAOUDI

الصيدلي المسؤول: أمينة الداودي

دواعي الاستعمال : علاج موضعى للأعراض (الحكة، والألم) المرتبط بحالة ال بواس. الجرعة عند البالغين والأطفال فوق 6 سنوات جرعة واحدة يتم تجديدها حسب الحاجة، مع فاصل زمني بين الجرعات لا يقل عن 3 ساعات. يجب ألا تتجاوز مدة العلاج 7 أيام.

Indications :
Traitement local des symptômes (prurit, douleurs) liés à la crise hémorroïdaire.

Posologie :
Adulte et enfants de plus de 6 ans.

Une application renouvelable avec un intervalle minimum de 3 heures.

La durée de traitement ne doit pas excéder 7 jours

دواعي الاستعمال : علاج موضعى للأعراض (الحكة، والألم) المرتبط بحالة ال بواس. الجرعة عند البالغين والأطفال فوق 6 سنوات جرعة واحدة يتم تجديدها حسب الحاجة، مع فاصل زمني بين الجرعات لا يقل عن 3 ساعات. يجب ألا تتجاوز مدة العلاج 7 أيام.