

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5442

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NYAZI BRAHIM

Date de naissance :

10/01/1960

Adresse :

HABITUELLE

Tél. : 0663 65 30 28

Total des frais engagés : 2714,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Tarik DLIA  
Oncoparacien  
85, Allée des amandiers, Résidence les Amandiers  
RDC F. 14 - All. Sapaa - Casablanca  
Tél. 03 44 66 66 / 05 22 35 09 15

Date de consultation :

9/1/2013

Nom et prénom du malade : NYAZI BRAHIM Age : 63

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

WA

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 : CASA

Le : 10/08/2013

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FLEURS SA 11, AV. DES FRANCAIS - 05223 SAINT-JEAN-DE-MONTS TÉL. 05 46 88 68 88	2018/08/23	2514,20

## ANALYSES - RADIOPHARMES

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
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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.

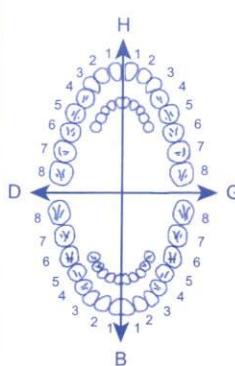
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

Q.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<b>D</b>	
00000000	00000000
35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ECG ECHOGRAPHIE ET SUIVI DIABÈTE

HTA THYROÏDE

DIPLOME DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE DE CASABLANCA



Diplômé de la faculté  
de Médecine et de pharmacie  
de Casablanca

**Dr Tarik Dlia**

CERTIFICAT MEDICAL  
Omnipraticien

9.8  
2023

PHARMACIE EFFEURS D'AMANDIERS  
SARL  
11, Allée des Orangers  
Casablanca - Tél: 05 22 34 38 88  
ZAOUI Aicha

390,00 x 3

Gel Vis. Beny / 6.00

129,00 x 3

Desoat le Beny.

59.10

- Ciclospat (D)

1 app 240

218,00 x 3

- Apositel Beny

Docteur Tarik Dlia  
Omnipraticien  
85, Allée des amandiers Résidence les amandiers  
RDC N° 14 Ain Sebaa - Casablanca  
Tél: 06 64 44 66 66 / 05 22 35 09 15

85 Allée des amandiers Résidence les amandiers App N° 14 Ain Sebaa - Casablanca  
Tél: 06 64 44 66 66 / 05 22 35 09 15

PHARMACIE FLEURS D'ORANGER

11, Allée des Orangers Al Sebaâ  
Casablanca - tél: 05 22 34 38 88  
ZAOUÏ Aicha

105,00 x 2

S.V

Brûlure de la main

Brûlure

14,50

S.V

Suppositoire

600 mg Dr. Hennet

601 - - - S.V

19,60

- - - Dr. Hennet

cetan 3

Dr. Cappeler

T. 2514,20

Docteur Tariq DLIA  
Omnipraticien  
85, Allée des amandiers RDC N° 14 - Ain Sebaâ Casablanca  
Tél.: 06 64 44 66 66 / 05 27 35 09 15



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebââ Casablanca  
PAROXETINE WIN 20MG  
CP B30  
PPV: 129,00 DH  
6 118000 062301

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebââ Casablanca  
Aprovel 300 mg. cp b 28  
P.P.V : 218,00 DH  
6 118001 080908

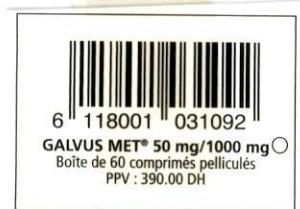
anti hémorroïdaire  
pommade rectale  
6 118000 180272



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebââ Casablanca  
PAROXETINE WIN 20MG  
CP B30  
PPV: 129,00 DH  
6 118000 062301

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebââ Casablanca  
Aprovel 300 mg. cp b 28  
P.P.V : 218,00 DH  
6 118001 080908

مرهم ضد ال بواسير



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebââ Casablanca  
PAROXETINE WIN 20MG  
CP B30  
PPV: 129,00 DH  
6 118000 062301

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebââ Casablanca  
Aprovel 300 mg. cp b 28  
P.P.V : 218,00 DH  
6 118001 080908

10150

CICLOVIRAL® 5%  
Crème dermatique  
Tube de 10 g

6 118000 070320

LOT:224263  
EXP:05/25  
PPV:59DH10



©2020 ACON Laboratories, Inc.

6 82607 53521 7

INFO PHARMA  
10, Rue Boulmane Bourgogne  
Casablanca 20040 Morocco  
Tel: + 212 5 22 22 34 07  
+ 212 5 22 22 12 55  
Fax: + 212 5 22 47 45 92



©2020 ACON Laboratories, Inc.

6 82607 53521 7

INFO PHARMA  
10, Rue Boulmane Bourgogne  
Casablanca 20040 Morocco  
Tel: + 212 5 22 22 34 07  
+ 212 5 22 22 12 55  
Fax: + 212 5 22 47 45 92

**Hemofast®**  
Pommade et Suppositoires  
Pao de code barre

**COMPOSITION**  
Pommade : Chlorhydrate de cinchocaine ..... 0,50 g  
Hydrocortisone ..... 0,50 g  
Excipient ..... q.s.p. 100 g  
Suppositoires : Acétate d'hydrocortisone ..... 0,005 g  
Esculoside..... 0,010 g  
Benzocaïne ..... 0,100 g  
Excipient ..... q.s.p. 1 suppositoire

**PROPRIETES**  
Pommade et suppositoires anti-hémorroïdaires.

**INDICATIONS THERAPEUTIQUES**

Ce médicament est une association d'un anesthésique local (pommade et suppositoires) et d'un corticoïde d'un anesthésique local. Ce médicament est préconisé dans le traitement des douleurs ou de démangeaisons.

**CONTRE-INDICATIONS**

Ce médicament NE DOIT ETRE UTILISÉ. Allergies aux anesthésiques locaux. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDIQUÉ PAR LE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

**MISE EN GARDE**

Ce médicament n'est pas indiqué pour les virus, des parasites et des champignons. Pour les suppositoires : l'attention est portée sur le fait que la spécialité contient un principe actif qui peut être absorbé par la peau et pratiquée lors des contrôles antidopage.

**PRÉCAUTIONS D'EMPLOI**

Le traitement doit être de courte durée. Pas de séances trop rapides, consultez votre pharmacien. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDICATIF PAR LE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

**INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES**

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT VOTRE AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN, ET EN PARTICULIER POUR L'UTILISATION DES SUPPOSITOIRES : certains

**Hemofast®**  
6 Suppositoires  
Voie rectale