

## 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 réeducations.
- 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3151

Société : ROYAL AIR MAROC

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : COCA AJIH

ABD

Date de naissance : 01/06/1956

Adresse : GARANTIE EL PODS AV. IBN BADIS, N° 21  
LARACHE

Tél. : 067052389

Total des frais engagés : = 630,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

10 DEC 2019

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

EL HAFIDH Aicha

Age :

Lien de parenté :

**Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

02 JAN 2020

Dans le cas où la maladie serait de 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 : LARACHE

Signature de l'adhérent(e) : Efion

Le : 10/12/2019

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

| 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 Paiement des Actes |
|                                |                   |                       | 2024<br>HT<br>300               | INP : 0211071120   |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |            |                       |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|  | 10/12/2019 | 138.90                |

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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:**

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 | INP : <input type="text"/>                   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|--------------------------------------|--|------------------|-------------|--|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|--|
|                                      |  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|                                      |  |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|                                      |  |                  |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|                                      |  |                  |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
| <b>O.D.F<br/>PROTHESES DENTAIRES</b> | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>   |                  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|                                      | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> |                  |             | H  | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H                                    | 25533412   | 21433552         |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
| D                                    | 00000000   | 00000000         |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
| B                                    | 00000000   | 00000000         |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
| G                                    | 35533411   | 11433553         |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|                                      |  |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|                                      |  |                  |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|                                      |  |                  |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |

Dr. BENHAJ KASSEM ABDELHAMID

Spécialiste en Gynécologie – Obstétrique  
Accoucheur – Chirurgie Gynécologique  
Stérilité du couple – Maladies du sein  
Echographie  
Hysteroscopie-coelioscopie



العيون في : ..... Laâyoune le :

لـدكتور بنـحاج قـاسم عـبد الـحمـيد

أختصاصي في أمراض

النساء والتوليد

جامعة أوراس النساء - أوراس الشهداء - عجم التمهيد

الاكتشف بالامان في المكتبة

۱۳۲

|        |   |
|--------|---|
| 47.50  | <del>① longmyne 200</del>   |
| 26.40  | <del>② Fungiflyst 14g</del>   |
| 65.00  | <del>③ Vigil fm 7M</del>  |
| 138.90 |   |
|        | <br> |

A circular blue ink stamp. The text "FARMACIA TABADA" is at the top, followed by "C/ DEL 51 AL 53 NOCHES 211", "38-44 Melilla", "Tel.: 05-45-33-33-44", and "DUANE". There is also some handwritten text above the stamp.

الدكتور بنحاج فارس  
اختصاصي في أمراض النساء والتوليد  
Dr. BENHAJ FARHAT Abdellah  
Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique  
14.0528 99 00 Laayoune

حي المسيرة ، شارع ابن مسعود رقم 12 - العيون - Hay Al Massira, AV Ibn Massoud n° 12 - Laâyoune -

**TEL : 05.28.99.00.80 / GSM : 06.61.38.46.07**

# longamycine®

Doxycycline . ,

## PRESENTATION :

Longa  
Longa

P.P. 410030  
P.E.P. 01111  
L.O.T. P253

47,50

boîte de 10 comprimés  
boîte de 8 comprimés

## FORM

Longa

DOXY

de dox

Excipie

Longamy

DOXYCYCL



endant à ..... 100 mg

de doxycycline base.

Excipients Q.S.P. un comprimé.

## PROPRIETES :

LONGAMYCINE est un antibiotique bactériostatique à large spectre de la famille des tétracyclines.

## INDICATIONS :

- Brucellose
- Pasteurelloses
- Infections pulmonaires, génito-urinaires et ophtalmiques à chlamydiae
- Infections pulmonaires et génito-urinaires à mycoplasmes
- Rickettsioses
- Infections à Coxiella burnetii (fièvre Q)
- Gonococcie
- Infections ORL et bronchopulmonaires à Haemophilus influenzae, en particulier exacerbations aigües des bronchites chroniques
- Tréponèmes (dans la syphilis, les tétracyclines ne sont indiquées qu'en cas d'allergie aux bêta-lactamines)
- Spirochètes (maladie de lyme, leptospirose)
- Choléra
- Acné (manifestations cutanées associées à propionibacterium acnes)

## CONTRE-INDICATIONS :

Allergie aux tétracyclines.

L'emploi de ce médicament est à éviter chez l'enfant de moins de huit ans (risque de dyschromie dentaire), ainsi que chez la femme enceinte ou allaitant (risque d'anomalie du bourgeon dentaire ou de dyschromie dentaire chez l'enfant).

- En association avec les rétinoïdes.



# FUNGILYSE® (Econazole nitrate)

## FORMES ET PRÉPARATIONS

- Ovules gynécologiques
- Crème dermique

## COMPOSITION

Ovules gynécologiques

Nitrate d'éconazole

Excipient qsp

Ovules gynécologiques

Nitrate d'éconazole

Excipient qsp

Crème dermique

Nitrate d'éconazole

Excipient qsp

PHARMACODYNAMIE

Le mode d'action de l'éconazole dépend de la membrane des stéroïdes, soit sur le spectre antifongique.

L'éconazole nitrate pénètre les couches cellulaires les plus profondes et s'y trouve à des concentrations inhibitrices des hyphes.

Par ailleurs, il atteint des concentrations fongicides dans les couches supérieures du derme et de l'épiderme. Il s'accumule en grande quantité dans la couche cornée.

Des études de résorption vasculaire après applications locales et vaginales ont été entreprises, elles objectivent la très faible résorption (environ 1%) et permettent ainsi d'éliminer pratiquement toute incidence du point de vue systémique.

## INDICATIONS

### Ovules gynécologiques

Traitement local des mycoses vulvo-vaginales associées ou non à une surinfection par des bactéries à gram +.

### Crème dermique

L'application de diverses préparations à usage topique (pommades, crèmes) est indiquée dans :

- Mycoses dermatomuqueuses à :
  - Dermatophytes (*Trichophyton*, *Epidermophyton*, *Microsporum*)
  - *Candida* et autres levures
  - *Malassezia furfur* (agent du pityriasis versicolor et du pityriasis capitis)
  - Actinomycètes
  - *Pityrosporum ovale*
  - Nocardia

## FUNGILYSE®

6 ovules à 100 mg

12/2021  
EXP 80032  
LOT

ovules  
jules

100 mg  
1 ovule  
150 mg  
1 ovule  
1 g  
100 g de crème

on de la structure de la stabilité, avec blocage des protéines.

ces produits agissent sur les

lignes, bactéries Gram (+).

ces produits agissent sur les

bactéries Gram (-).



الدكتور بنحاج قاسم عبد الحميد

Dr.BENHAJ KASSEM ABDELHAMID

## Facture

Mme : EL MGHARI Aicha

| Examen         | Prix          |
|----------------|---------------|
| Consultation   | 200           |
| Echographie    | 300           |
| Hysteroscopie  |               |
| Colposcopie    |               |
| <b>TOTAL :</b> | <b>500 DH</b> |

Signé :

Dr. BENHAJ KASSEM ABDELHAMID  
Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique  
Tél: 0528.99.00.80 - Aïn Seba

**Dr. BENHAJ KASSEM ABDELHAMID**

Spécialiste en Gynécologie – Obstétrique  
Accoucheur – Chirurgie Gynécologique  
Stérilité du couple – Maladies du sein  
Echographie  
Hysteroscopie-coelioscopie

**الدكتور بنحاج قاسم عبد الحميد**

اختصاصي في أمراض

النساء والتوليد

جراح أمراض النساء - أمراض الثدي - عقوبة زوجين

الكشف بالأمواج فوق الصوتية

الشخص بالمنظار



10 DEC 2019

Laâyoune le : ..... العيون في : .....

Mme EL MASSIRA Acliu

celles filles  
- utero de taille ab  
- utérus de ce que  
- la crête normale

الدكتور بنحاج قاسم عبد الحميد  
اختصاصي في أمراض النساء والتوليد  
Dr. BENHAJ KASSEM ABDELHAMID  
Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique  
Tél: 0528 99 00 0 Laâyoune

