

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dument renseigné
- Le cadre réservé au médecin doit être rempli par ce dernier, au même moment et à 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-684190

132237

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autre

Cadre réservé à l'adhérent(e)

8362

Société

Matricule

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom

LAHASSANI

Date de naissance

Adresse

Télé

Total des frais engagés

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Cadre réservé au Médecin

Docteur Faouzia BENKHRABA LAABOUDI

DERMATOLOGIE  
68, Avenue Fal Ouid Omeir  
Résidence Narjiss - Rabat  
Tel : 05 37 67 46 19 / 05 37 67 46 20

SE'NTISSI OTHMANE

Age : 07/07/2001

Date de consultation

Nom et prénom du malade

Sien de parenté

Nature de la maladie

Lui-même

Conjoint

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  
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 detaille des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
02/07/2022	100	300	100	DR BENKHEDJAL ANDOUADI 68, Avenue Fal Oul, Ouled Résidence Najiya, Rabat 05 37 67 36 79 / 05 37 87 46 20

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AMBASSADEUR Dr. K. B. S. Roudi - Souissi - Rabat 05 37 73 15 65	07/07/22	982.50

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant detaille des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANT DES DEPENSES	
DATE DE EXECUTION	
FIN DE EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANT DES DEPENSES	
DATE DE DEPART	
DATE DE EXECUTION	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LES EXPENSES	

Docteur Faouzia BENKHRABA épouse LAABOUDI  
Dermatologie, laser

Diplômée de la faculté de Médecine de Paris  
Ex attachée des hôpitaux de Paris (Henri Mondor et Saint-Louis)

~ okmehe sent (88)

110,00 x 3 = 330,00

DOXYMYCINE 100 : 3 boites de 30

1 gélule le soir au diner

VISAGE :

125,- 2. SEBIONEX gel nettoyant : 1

Chaque soir pour la toilette du visage mouillé (à diluer avec de l'eau)

180,- 2. SEBIONEX soin kérato-régulateur : 1

3 soirs par semaine (lundi, mercredi et vendredi)

DOS :

343,50 3. BI Retix triactiv spray : 1

2 fois par semaine

02/07/2022

982,50

PHARMACIE DE FLEMING  
AMBASSADOR  
P. ZNIER Mouna  
Route des Zaïans  
Av. Ain Kh  
Tél: 05 37 75 15 65

Docteur Faouzia BENKHRABA LAABOUDI  
DERMATOLOGUE  
68, Avenue Fal Ould Omeir  
Résidence Narjiss - Rabat  
Tél: 05 37 67 46 19 / 05 37 67 46 20

68, avenue Fal Ould Omeir, Résidence Narjiss, Agdal, RABAT. Tél : 037 67 46 19 / 67 46 20  
Fax : 037 77 14 40

Horaires : Lundi-mercredi-vendredi : 9 h-16 heures, samedi : 9 h-12 heures 30  
Mardi - jeudi : 9 h-12 heures 30, 14 h 30-18 heures 30

60908H-56286E030314

لا تتجاوز الجرعة المحددة  
NE PAS DEPASSER LA DOSE PRÉSCRITE

AMM N° 1444 DMP/21

**FORMULE UNITAIRE:**  
Doxycycline (sous forme de monohydrate) ..... 100 mg\*  
Excipient qsp ..... 1 comprimé dispersible

**Cette boîte contient 3 g de Doxycycline**

البرعات : حسب إرشادات الطبيب

**POSOLOGIE :** Se conformer à la prescription du médecin

# DOXYMYCINE®

## Doxycycline

100 mg

30 comprimés  
dispersibles

لابروفسان  
LAPROFSAN

DOXYMYCINE® 100 mg

30 *comphines dispersibas*

111

61180001032403

مکتبہ مذہبی

100 ملنج

٣٥

۱۷

३०

**DOXYMYCINE® 100 mg 30** comprimés dispersibles

PPV 110DH00 EXP 09/2023  
LOT 16035 2

4

60908H-56286E030314

لا تتجاوز الجرعة المحددة  
NE PAS DEPASSER LA DOSE PRÉSCRITE

AMM N° 1444 DMP/21

**FORMULE UNITAIRE:**  
Doxycycline (sous forme de monohydrate) ..... 100 mg\*  
Excipient qsp ..... 1 comprimé dispersible

**Cette boîte contient 3 g de Doxycycline**

الجرعات : حسب إرشادات الطبيب

**POSOLOGIE :** Se conformer à la prescription du médecin

# DOXYMYCINE®

## Doxycycline

100 mg

30 comprimés  
dispersibles

لابروفسان  
LAPROFSAN

DOXYMYCINE® 100 mg

30 *comphines dispersibas*

104

61180001032403

مکتبہ مذہبی

100 ملنج

٣٥

۱۷

३०

**DOXYMYCINE® 100 mg 30** comprimés dispersibles

PPV 110DH00 EXP 09/2023  
LOT 16035 2

4

60908H-56286E030314

لا تتجاوز الجرعة المحددة  
NE PAS DEPASSER LA DOSE PRÉSCRITE

AMM N° 1444 DMP/21

**FORMULE UNITAIRE:**  
Doxycycline (sous forme de monohydrate) ..... 100 mg\*  
Excipient qsp ..... 1 comprimé dispersible

**Cette boîte contient 3 g de Doxycycline**

الجرعات : حسب إرشادات الطبيب

**POSOLOGIE :** Se conformer à la prescription du médecin

# DOXYMYCINE®

## Doxycycline

100 mg

30 comprimés  
dispersibles

لابروفسان  
LAPROFSAN

DOXYMYCINE® 100 mg

Gesamtausgabe 102

61180000032403

لابوراتواري لابورانت ماروك  
LABORATOIRES LABORANT MAROC  
21, RUE DES OUDAYA CASABLANCA, MAROC  
TÉL : 0524 99 11 21  
FAX : 0524 99 11 22

**NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS**

**INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS**

**PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :** Voir notice

**A conserver à une température**  
**ne dépassant pas 25°C et à l'abri de l'humidité.**

**يحفظ بدرجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية**  
**وغير مكشوفاً ولا يمتص الرطوبة.**

Ne pas laisser à la poitrine des enfants

À conserver à une température

ne dépassant pas 25°C et à l'abri de l'humidité.

卷之三

دو کھنڈ محدثین

مکالمہ

١٠٠

30 فرط  
متخلّل

۱۷۹۰  
LAPORHAN

و

DOXYMYCINE® 100 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 110PH00

EXP 09/2023  
LOT 16035 2