

## 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 dûment renseigné par le praticien et doit être conforme 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 rééducation
- 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-684190

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ At

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule

8362

Société

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom

LHASSANI

Date de naissance

Adresse

Tel :

Total des frais engagés

Autorisation CNBP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation

Nom et prénom du malade

Liens de parenté

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

SENTISSI OTMANE

Age 07/10/2001

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

dermatose



# RELEVÉ 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
07/02/2022	1 CS	300,00		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/02/22	982,50

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

		EFFICIENT DISTRABA IX	
		MONTANT DES SOINS	
		DEBIT DE L'EXECUTION	
		FIN D'EXECUTION	
	O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DEBIT D'EXECUTION	
	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE 	EFFICIENT DISTRABA IX	
		MONTANT DES SOINS	
		(Creation, remont, adjonction)	DATE DE DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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)

*2 ok masha 5677 (588)*

*110.00 x 3 = 330.00*

**DOXYMYCINE 100 : 3 boîtes de 30**

1 gélule le soir au dîner

**VISAGE :**

*125* **1. SEBIONEX gel nettoyant : 1**

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

*180.00* **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

*07/07/2022*

*982.50*

PHARMACIE **EMBASSADOR**  
p. ZMIBER Mouna  
Rue des Zaïers  
Ag. Ain Kh  
Tél : 05 37 75 15 85

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

لا تجاوز الجرعات المحددة  
NE PAS DÉPASSER 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



160908F562866E030314



**DOXYMYCINE®**  
Doxycycline

**100 mg**

30 comprimés  
dispersibles



30

INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS  
PRÉCAUTIONS D'EMPLOI : Voir notice

Ne pas laisser à la portée des enfants

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

لا يترك في متناول الأطفال  
إحتياطات الإستعمال: انظر صندوق معلومات  
نواحي الإستعمال - موانع الإستعمال -  
إحتياطات الإستعمال - موانع الإستعمال -

لا يترك في متناول الأطفال  
إحتياطات الإستعمال: انظر صندوق معلومات  
نواحي الإستعمال - موانع الإستعمال -

**DOXYMYCINE® 100 mg**  
30 comprimés dispersibles



6 180001032403

28x48x102

**دوكسيمايسين®**

دوكسيمايسين

**100 ملغ**

30 قرصا  
متخللا



30



**DOXYMYCINE® 100 mg 30** comprimés dispersibles

EXP 09/2023  
LOT 16035 2

PPV 110DH00

لا تجاوز الجرعات المحددة  
NE PAS DÉPASSER 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



160908F562866E030314



**DOXYMYCINE®**  
Doxycycline

**100 mg**

30 comprimés  
dispersibles



30

INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS  
PRÉCAUTIONS D'EMPLOI : Voir notice

Ne pas laisser à la portée des enfants

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

لا يترك في متناول الأطفال  
يحفظ مكان لا تتعدى حرارته 25 درجة  
و يحفظ عن الرطوبة  
مستحضر السحريان الصليبيات (تيسا) 210 - رتبة الأولوية - الدار البيضاء - المغرب  
للإسوة - Lafaropharm  
LABORATOIRES ET PRODUITS PHARMACEUTIQUES SA RIVAGE (SU) 21, rue des Frères - CANNES - FRANCE - 06100

DOXYMYCINE® 100 mg

30 comprimés dispersibles



6 180001032403

28x48x102

**دوكسيمايسين®**

دوكسيمايسين

**100 ملغ**

30 قرصا  
متخللا



30



DOXYMYCINE® 100 mg 30 comprimés dispersibles

EXP 09/2023  
LOT 16035 2

PPV 110DH00

لا تجاوز الجرعات المحددة  
NE PAS DÉPASSER 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



160908F562866E030314



**DOXYMYCINE®**  
Doxycycline

**100 mg**

30 comprimés  
dispersibles



30

INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS  
PRÉCAUTIONS D'EMPLOI : Voir notice

Ne pas laisser à la portée des enfants

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

لا يترك في متناول الأطفال  
يحفظ مكان لا تتعدى حرارته 25 درجة  
و يحفظ عن الرطوبة  
مستحضر السحريان الصليانيات (البنسلين 2) - رتبة الأولوية - الدار البيضاء - المغرب  
Lafaropharm

DOXYMYCINE® 100 mg

30 comprimés dispersibles



6 180001032403

28x48x102

**دوكسيمايسين®**

دوكسيمايسين

**100 ملغ**

30 قرصا  
متخللا



30

DOXYMYCINE® 100 mg 30 comprimés dispersibles

EXP 09/2023  
LOT 16035 2

PPV 110DH00