

## 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

- Reclamation : 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° W19-422547

134791



Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Autres

Matricule : 08384

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL KHOUA NAZER DINE

Date de naissance : 24/10/1962

Adresse : LISSASFA LOT 204 BIR RIM 24 APP 4

Tél. : 0664307577

Total des frais engagés : 300 DR + 359,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

INP: 091019786

Date de consultation : 13.10.2021

Nom et prénom du malade : RABBAH HALKA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

halaka

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.

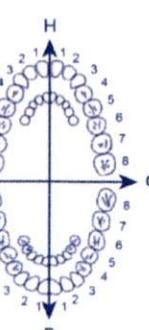
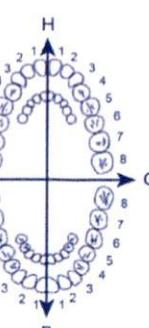
Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
312 Lot Zouhour Casablanca Tél: 05 22 89 34 94	13 10 29	512 Lot Zouhour Casablanca Tél: 05 22 89 34 94 752.80

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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.																						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (Rows for selecting treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Rows for describing the nature of the care)	<b>Coefficient</b> (Rows for coefficient)	INP : <input type="text"/>																		
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANTS DES SOINS																		
				DÉBUT D'EXÉCUTION																		
				FIN D'EXÉCUTION																		
				<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">-----</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-----		-----		B	35533411	11433553	
					H	25533412	21433552															
					D	00000000	00000000															
					-----		-----															
					B	35533411	11433553															
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																						
MONTANTS DES SOINS																						
DATE DU DEVIS																						
DATE DE L'EXÉCUTION																						

Docteur. BENABBES TAARJI F.Z

Endocrinologue - Diabétologue

Spécialiste en Diabétologie - Cholestérol

Traitement de l'Obésité - Maigreur

Glande Thyroïde - Surrénales - Seins - Stérilité

Diplômée de l'Université René Descartes Paris V

Sur Rendez-Vous



الدكتورة زين عباس التمارجي

إختصاصية في أمراض الغدد - السكري

السمنة والهرمونات

خريجة كلية الطب روني ديكارت بباريس

بالموعد

## ORDONNANCE

maphar  
ZI Zenata Ain Sébaa, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636

Casablanca, le : 13/04/11

PPV 400DH00  
PER 04/24  
LOT L1595

Amr Hassan

Halika

Mo

Glucos

24 fin de matin

43€

Demet 50

26 midi

Distribué par MSD MAROC,  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V. : 437,00 DH.

120,00

120,00

24 fin

IRVEL 250

30,00

24 fin

40

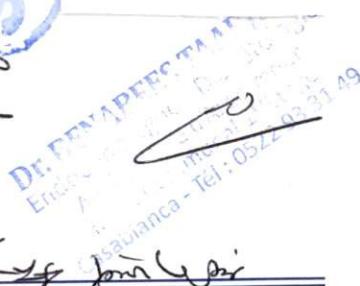
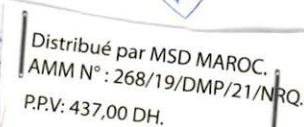
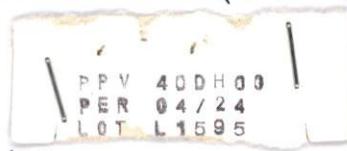
Kalmanos

24 fin 40

Angle Route d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal 1<sup>er</sup> Etage (à gauche)  
Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 0522 93 31 49 - GSM (Urgence) : 0522 90 07 85 / 0661 08 15 48 - E-mail : drbenabbes@hotmail.fr

608070A



116,83

5) Lignan 100



1/2 gr. 4 ml. x 30

T-15280

Casablanca - Tel: 0522 93 31 49  
Dr. PHARMACIE ANISSA  
312 Lot Zoubir  
Casablanca  
Tél: 05 22 89 34 94

PHARMACIE ANISSA  
312 Lot Zoubir  
Casablanca  
Tél: 05 22 89 34 94



Gélule  
Voie orale

# Kalmaner

LOT: 220368  
DU: 05/2025  
39,00DH

Deva  
Pharmaceutique

## COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Valeriana officinalis L ( extrait sec).....100 mg

Crataegus oxyacantha L (extrait sec).....100 mg

Passiflora incarnata L (extrait sec).....100 mg

Lavanda angustifolia (extrait sec).....50 mg

Excipients : stéarate de magnésium, maltodextrine, dioxyde de silicium.

## FORME ET PRESENTATIONS

Gélule

Boite de 15 / Boite de 30

## PROPRIETES

Kalmaner contient des actifs d'origine végétale ayant prouvé leur efficacité dans les états d'agitation, stress, nervosité et insomnies.

## VOIE D'ADMINISTRATION ET UTILISATIONS

Voie orale

Prendre 2 gélules trois fois par jour à avaler avec un grand verre d'eau en complément d'une alimentation variée et équilibrée

Ne pas dépasser la dose recommandée.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI

Afin d'éviter d'éventuelles interactions nocives entre plusieurs substances, signaler à votre médecin ou à votre pharmacien tout traitement en cours.

Ne pas utiliser chez l'enfant moins de 12 ans.

## GROSSESSE ET ALLAITEMENT

D'une façon générale, il convient au cours de la grossesse et de l'allaitement de toujours demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser un produit.

## A CONSERVER DANS UN ENDROIT SEC ET FRAIS.

## GARDER HORS DE PORTÉE DES ENFANTS

Autorisation ministère de la santé n° : DA20181805318DMP/20UCAV1

Code : AC2 - 00063

Deva  
Pharmaceutique

146-147 Zone industrielle Tit Mellil, Casablanca