

## 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-706730

128731  
Sous 100,5

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12 929 Société : RAN			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : Douimi KHADIDA			
Nom & Prénom : Douimi KHADIDA			
Date de naissance : 13-12-1990			
Adresse : lot Tissir, n° 04 DAR BOUAZZA, Casablanca			
Tél. : 06 77 46 54 66 Total des frais engagés : 678,30 DHS			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 23 OCT. 2022			
Date de consultation : 23 OCT. 2022			
Nom et prénom du malade : DOUIMI KHADIDA Age : 28			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Fille-mère <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Gynécologique / Myos			
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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/11/2022

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Fouad Elhali Aoual Tél: 0664 290 390 INPE: 092103340	27.10.2022	378,30

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433562
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

The diagram shows a dental arch with 12 numbered teeth (1 through 12) and a crossbow for orthodontic treatment. The teeth are arranged in a curve, with the crossbow positioned across the arch. The teeth are numbered as follows: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12. The crossbow is positioned across the arch, with the numbers 1 through 12 indicating the teeth being treated.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Le .....

27 OCT 2022

Mlle M me

Douli Mi Kinaly

8730



1% Demofix érine

2% Paragine oint

3% Nocaud gel

1x2/j ptt 15j  
Man

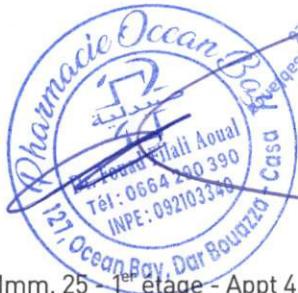
1/500 ptt 6j

1/8em ptt 8sem

puis

4% Frebis gel

378,3





**COMPOSITION EN SUBSTANCE ACTIVE :**

Fluconazole ..... 150 mg  
 Excipient ..... q.s.p. 1 gélule.  
 Liste des excipients à effet noirâtre : lactose.  
 Boîte de 4 gélules, soit 600 mg de fluconazole.

18x45x97

AMM N° 005/13 DMP/21/NNP

**NOCAND®**

Fluconazole

Voie orale

PPV: 46DH70

PER: 06/26

LOT: L2135-2

bottu 1a

b R2 Ailes des Célestins Al-Sabha - Côte d'Ivoire  
 S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

**MISES EN GARDE SPECIALES :**

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
 Lire attentivement la notice avant utilisation.

**PRÉCAUTION PARTICULIÈRE DE CONSERVATION :**  
 A conserver à une température inférieure à 30° C.

Litho type  
7

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

**نوكوند®**

فلوكونازول

150 ملغم

4 برسيلات

NOCAND® 150 mg

Fluconazole  
4 gélules

6 118000 041368

ج. م. داروازه - بورقيبي - شارع - العدد - ٢٣٣٣  
 م. داروازه - بورقيبي - شارع - العدد - ٢٣٣٣

عن طريق الفم

**COMPOSITION EN SUBSTANCE ACTIVE :**

Fluconazole ..... 150 mg  
 Excipient ..... q.s.p. 1 gélule.  
 Liste des excipients à effet noirâtre : lactose.  
 Boîte de 4 gélules, soit 600 mg de fluconazole.

18x45x97

AMM N° 005/13 DMP/21/NNP

**NOCAND®**

Fluconazole

Voie orale

PPV: 46DH70

PER: 06/26

LOT: L2135-2

bottu 1a

b R2 Ailes des Célestins Al-Sabha - Côte d'Ivoire  
 S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

**MISES EN GARDE SPECIALES :**

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
 Lire attentivement la notice avant utilisation.

**PRÉCAUTION PARTICULIÈRE DE CONSERVATION :**  
 A conserver à une température inférieure à 30° C.

Litho type  
7

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

**نوكوند®**

فلوكونازول

150 ملغم

4 برسيلات

NOCAND® 150 mg

Fluconazole  
4 gélules

6 118000 041368

ج. م. داروازه - بورقيبي - شارع - العبدلي - مصطفى نجاشي  
 82

عن طريق الفم

# درموفيكس® دهن 2%

ستاكونازول

Tube de 30 g  
Sertaconazole

Dermofix® crème 2%

أنبوب 30 غ

يستخدم فوق الجلد

6 118000242259



Dermofix® crème  
Sertaconazole  
PROMOPHARMS.A.



التركيب:  
 سرطكونازول نترات ..... 2 ..... غ  
 سرطكونازول لاجل ..... 100 ..... غ  
 أغيراً انتشار الداخلية قليل الاستعمال  
 لا يزيد عن متناول الأطفال  
 يستحفظ به في حرارة لا تتعدي 25 درجة

# Dermofix® crème 2%

Sertaconazole

Crème dermique

Tube de 30 g



8730

010  
010  
010

2CS0033.V01

Z.I. du Sénier - Head Solutia  
PROMOPHARMS.A.

Composition :  
Sertaconazole Nitrate (D.C.I) ..... 2 g  
Excipients (dont E218 & Acide sorbique) q.s.p ..... 100 g

Ne pas laisser à la portée des enfants

Lire attentivement la notice avant utilisation  
A conserver à une température ne dépassant pas +25°C

بلغ 150

بِهَا جَدِيلٌ  
نيترات إيكونازول

- مخداد للفطريات
- مضاد للجراثيم



3 بويضات ناسبة

Pevagine® 150 mg  
Boîte de 3 ovules



6 118000 090588

A16971

٤٤,٣٠

58x22x70

PEVAGINE  
150 mg

Composition :

Nitrate d'Econazole ..... 150 mg  
Excipient q.s.p..... 1 ovule

Indications :

Traitement des mycoses vaginales  
sous-infectées ou non par le gram +

بلغ 150

بِهَا جَدِيلٌ  
نيترات إيكونازول

- مخداد للفطريات
- مضاد للجراثيم



3 بويضات ناسبة

Pevagine® 150 mg  
Boîte de 3 ovules



6 118000 090588

A16971

٤٤,٣٠

58x22x70

PEVAGINE  
150 mg

Composition :

Nitrate d'Econazole ..... 150 mg  
Excipient q.s.p..... 1 ovule

Indications :

Traitement des mycoses vaginales  
sous-infectées ou non par le gram +