

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

Nº W21-768872

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) *DU 28/01*

Matricule : **123456** Société : **R.A.M.**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **DERKAOUI ABDELLAH MIM**

Date de naissance : **28/07/1985**

Adresse : **RES. NEXT HOUSE VILLA AIR 52**

DAR BOUASSA CASA

Tél. : **0660195964** Total des frais engagés : **790,50 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

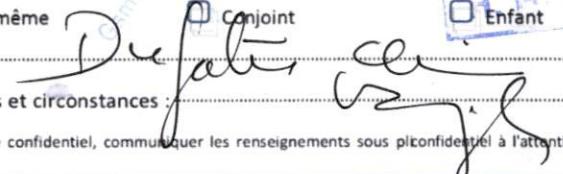
Cachet du médecin : 

Date de consultation : **19/12/2021**

Nom et prénom du malade : **DERKAOUI Abdellah**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

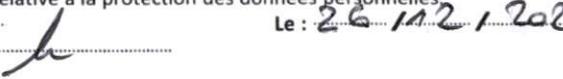
Nature de la maladie : **Defaite cœ**

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 : **CASA** Le : **26/12/2021**

Signature de l'adhérent(e) : 

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
19/11/2011	100000		INP : 	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACHE SULIMASSA Soïd DAMDAMI Tél: 05 22 37 36 15	19/11/2011	330,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHÉRENT

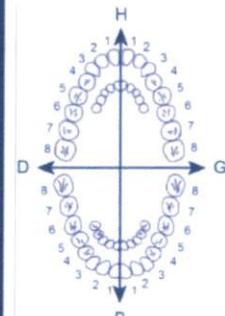
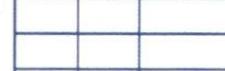
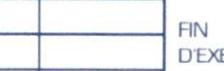
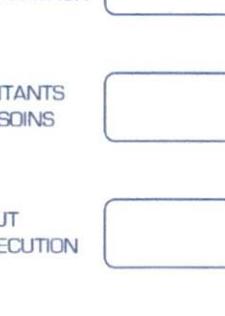
SOUS

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 
				
				
				
				
				
				
				
				

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

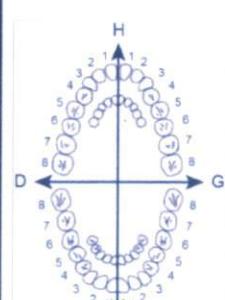
25533412 21433552

00000000 00000000

00000000 00000000

35533411 11433553

B



D

00000000 00000000

35533411 11433553

G

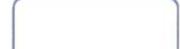
[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX 

MONTANTS DES SOINS 

DATE DU DEVIS 

DATE DE L'EXECUTION 

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Imane BEKOUCHI
Spécialiste en Gynécologie
Obstétrique

Chirurgie gynécologique - Maladies du Sein
 Cœlioscopie - Colposcopie - Hystéroskopie
 Stérilité - Procréation Médicalement Assistée
 Diplômée en Echographie de l'Université
 Paris - Descartes



الدكتورة إيمان بکوشی
 اختصاصية في أمراض النساء
 والتوليد
 جراحة السرطان - أمراض الثدي
 التثعيب و الجراحة بالمنظار - العقم
 المساعدة الطبية على الإنجاب
 حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى جامحة
 ديكارت- باريس

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :
 Mme : 19-12-2014

Dr. Chakroun Fodouy

19-12-2014
 05.60x2 1 cpl x 10

1's

PHARMACIE SLMASSA
 SOCIÉTÉ DAMDAMI
 Tél: 05 22 930 930

- Gyrofix x 300
 40.00x3 100x2 }
 1's

1's

Dr. Imane Bekouchi
 87.30
 PHARMACIE SLMASSA
 SOCIÉTÉ DAMDAMI
 Tél: 05 22 930 930

1's
 Dr. Imane Bekouchi
 140.30

عمارة الجماعة المدخل ب، الطابق الثاني رقم 11، طريق أزمور- الحي الحسني - الدار البيضاء
 Immeuble Communal Rte d'Azemmour, Entrée B, 2ème Etage - N°11 - Hay Hassani - Casablanca
 E-mail : dr.bekouchi@gmail.com - GSM : 06 61 961 404 - Tél.: 05 22 930 930

NOCANID®

Fluconazole 200 mg

Voie orale

b OTTU a
S. Bouchichi - Pharmacie Responsable
82, Allée des Casseaux - Ain Seba - Casablanca



7 gélules

45x18x97

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

MISES EN GARDE SpÉCIALES :
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.

نوكونيد®

فلوكونازول

200 ملجم

بروشات 7

طريق الفم b

بولي كلوروبتريكلوفوريل

بولي كلوروبتريكلوفوريل

بولي كلوروبتريكلوفوريل

AMM N° 006/13 DMP/21/NNP

COMPOSITION EN SUBSTANCE ACTIVE :
Fluconazole 200 mg
Excipient : q.s.p 1 gélule.
Liste des excipients à effet notable : lactose.

PPV : 91DH60
PER : 06/26
LOT : L2136-2



01/156
100156



NOCA ND[®]

Fluconazole

Viale orale

200 mg

bottu
b 02, Allée des Casuarines - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouh - Pharmacien Responsable

7 gélules

PPV: 91DH60
PER: 03/26
LOT: L1116



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.

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

12



18x45x97

AMM N° 006/13 DMP/21, NP

COMPOSITION EN SUBSTANCE ACTIVE :
Fluconazole 200 mg
Excipient: q.s.p. 1 gélule.
Liste des excipients à effet noir : lactose.

Boîte de 7 gélules, soit 1400 mg de fluconazole

100156
12/14

Composition :

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

2CS0033-V01

SL de FERRER INTERNATIONAL
 Z.I. du Sabre - Hes-Souleuvre
 PROMOPHARM S.A.

Ne pas laisser à la portée des enfants
 Lire attentivement la notice avant utilisation
 A conserver à une température ne dépassant pas +25°C

درموفيكس® دهن 2%

ستاكونازول

Tube de 30 g
 Sertaconazole

Dermofix® crème 2%

أنبوب 30 غ



يستخدم فوق الجلد



Dermofix® crème
 Sertaconazole
 PROMOPHARM S.A.



التركيب :
 سرتكنازول تيرات 2 غ
 سواغات الجلد 100 غ

أغراشة الدائلة قبل الإستعمال
 لا يترك على متداول الأطفال
 يستخدم في حرارة تتعدى 25 درجة

Dermofix® crème 2%

Sertaconazole

Crème dermique

Tube de 30 g



8730



1 ovule

Gyno-Dermofix®

جینو دیر مو فیکس
ستاکونازول

49,00

Composition : Sertaconazole nitrate 300 mg Efficacité q.s.p..... 1 ovule
Voie vaginale
Lire attentivement la notice avant utilisation.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

Gyno-Dermofix®

1 ovule - 300 mg

Tableau A (liste 1)

PROMOPHARMA
Z. El-Sayed, Head Biochemist - M.A.C.



1 ovule

Gyno-Dermofix®

جینو دیر مو فیکس
ستاکونازول

49,00

Composition : Sertaconazole nitrate 300 mg Ectéries q.s.p. 1 ovule
Voie vaginale
 Lire attentivement la notice avant utilisation.
 Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Gyno-Dermofix®
Sertaconazole

1 ovule - 300 mg

Tableau A (liste 1)

PROMOPHARMA
Dr. S. Suleiman, Head Biochemist - Marketing



1 ovule

Gyno-Dermofix®

جینو دیر مو فیکس
ستاکونازول

49,00

Composition : Sertaconazole nitrate 300 mg Efficacité q.s.p..... 1 ovule
Voie vaginale
Lire attentivement la notice avant utilisation.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

Gyno-Dermofix®

1 ovule - 300 mg

Tableau A (liste 1)

PROMOPHARMA
Dr. Suleiman Hadi Boustani - Maron