

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-768872

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : A2318 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : DERIKAOU ABDERRAHIM  
 Date de naissance : 28/07/1985  
 Adresse : DES NEXT HOUSE VILLA NR 52  
DAR BOUAZZA CASA  
 Tél. : 0660195966 Total des frais engagés : 790,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 19/12/2022  
 Nom et prénom du malade : DERIKAOU Fadise  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Dufat  
 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 : 26/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



### RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 | INP : <input type="text"/>                                     |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| ARMACIE SUIJMASSA<br>Soif DANDAMI<br>Tél: 05 22 37 36 15 | 19/11/2024 | 330,00                |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

VOILET ADHERENT

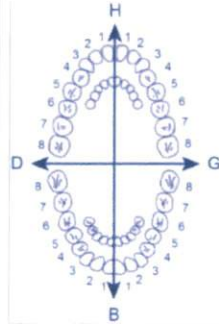
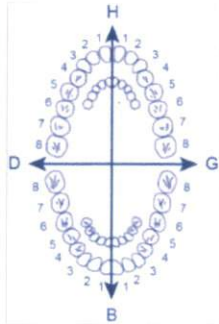
SOUS

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient                              | INP : <input type="text"/>                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|--|--|------------------|--|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|   |  |                  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                  |  | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                  |  | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                  |  | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | H  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 25533412   | 21433552         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 00000000   | 00000000         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | D  | G                |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 00000000   | 00000000         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 35533411   | 11433553         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | B  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>  |                  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                  |  | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                  | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |

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  
Coelioscopie- Colposcopie - Hystéroscopie  
Stérilité - Procréation Médicalement Assistée  
Diplômée en Echographie de l'Université  
Paris - Descartes



الدكتورة إيمان بكوشي  
إختصاصية في أمراض النساء  
والتوليد

جراحة السرطان - أمراض الثدي  
التشخيص و الجراحة بالمنظار - العقم  
المساعدة الطبية على الإنجاب  
حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى جامعة  
ديكارت- باريس

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

Mme :

19-12-2014

Chikoua Fodou

Nouveau 2000

15

95.60x2

1 cp/5 x 10

Gynécologie x 300

15

40.00x3

100 x 3

Dentif x 300

15

87.30

PHARMACIE SULLAMASSA  
Soif DAMDAMI  
Tél: 05 22 37 36 15

1.300.60

Apr 3x/

عمارة الجماعة المدخل ب، الطابق الثاني رقم 11، طريق أزموور- 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



# NOCAND®

## Fluconazole

200 mg

Voie orale

b

bottu s.a

82, Allée des Casanovas - Ain Sebkha - Casablanca  
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.

### PRECAUTION PARTICULIERE DE CONSERVATION :

A conserver à une température inférieure à 30° C.

45x18x97

RESPECTER LES DOSES PRECISEES

# نوكوند®

## فليكونازول

200 ملغ

7 برشات

بوتی س.ا  
بمركز الكازيناس - عين السبك - الدار البيضاء  
س. الباشوحي - صليحي مسؤول

طريق الفم

### COMPOSITION EN SUBSTANCE ACTIVE :

Fluconazole ..... 200 mg

Excipient : ..... q.s.p 1 gélule.

Liste des excipients à effet notoire : lactose.

Boîte de 7 gélules, soit 1400 mg de fluconazole

AMM N° 006/13 DMP/21/NNP

01/15  
100166





# NOCAND®

## Fluconazole

Voie orale

200 mg

7 gélules

bottu<sup>sa</sup>

b

B2, Allée des Cissouras - An Sella - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

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.

**PRECAUTION PARTICULIERE DE CONSERVATION :**

A conserver à une température inférieure à 30° C.

IDEMCO

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

# نوكاند®

## فليكونازول

200 ملغ

7 برشحات

عن طريق الفم

بوتشي

B2 من الكازابلانكا - طريق الصنيع - الدار البيضاء  
عن pharmacist - Bachouchi - S.

b

### COMPOSITION EN SUBSTANCE ACTIVE :

Fluconazole ..... 200 mg

Excipient : ..... q.s.p. 1 gélule.

Liste des excipients à effet notoire : lactose.

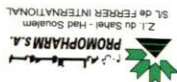
Boîte de 7 gélules, soit 1400 mg de fluconazole

AMM N° 006/13 DMP/21, ., .NP

12/14  
100156

18x45x97





**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



# درمو فيكس 2% دهن سرتاكونازول

أنبوب 30 غ



يستعمل فوق الجلد

**Dermofix® crème**  
Sertaconazole

PROMOPHARM S.A.



6

التركيب :  
سرتاكونازول نترات ..... 2 غ  
سواغات لأجل ..... 100 غ

اقرأ النشرة الماخلة قبل الإستعمال  
لا يترك في متناول الأطفال  
يحفظه به في حرارة لا تتعدى 25 درجة

# Dermofix® crème 2%

Sertaconazole

Crème dermique

Tube de 30 g



87,30



1 ovule

Sertaconazole

**Gyno-Dermofix®**

جینو دیر مو فیکس  
سرتا کونازول

49,00

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

IDEMCO

**Gyno-Dermofix®**  
Sertaconazole

1 ovule - 300 mg

التعليق:  
هذا الدواء يستخدم لعلاج  
عدوى الفطريات في المهبل  
عن طريق المهبل  
اقرأ النشرة الدوائية قبل الاستخدام  
احتفظ بعيدا عن متناول  
الأطفال

300 mg

Tableau A (liste I)

20X60X60

PROMOPHARM S.A.

Z.I. du Sabot, 13400 Solennes - Marseilles



1 ovule

Sertaconazole

**Gyno-Dermofix®**

جینو دیر مو فیکس  
سرتا کونازول

49,00

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

IDEMCO

**Gyno-Dermofix®**  
Sertaconazole

1 ovule - 300 mg

التعليق:  
هذا الدواء يستخدم لعلاج  
عدوى الفطريات في المهبل  
عن طريق المهبل  
اقرأ النشرة الدوائية قبل الاستخدام  
احتفظ بعيدا عن متناول  
الأطفال

300 mg

Tableau A (liste I)

20X60X60

PROMOPHARM S.A.

Z.I. du Sabot, 13400 Solennes - Marseilles



1 ovule

**Gyno-Dermofix®**

Sertaconazole

جینو دیر مو فیکس  
سرتا کونازول

49,00



IDEMCO

**Composition :**  
Sertaconazole nitrate ..... 300 mg  
Excipients 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

20X60X60

التعليمات:  
1. اقرأ التعليمات بعناية واحدة مع 300  
2. اقرأ التعليمات بعناية واحدة مع 300  
3. اقرأ التعليمات بعناية واحدة مع 300  
4. اقرأ التعليمات بعناية واحدة مع 300  
5. اقرأ التعليمات بعناية واحدة مع 300  
6. اقرأ التعليمات بعناية واحدة مع 300  
7. اقرأ التعليمات بعناية واحدة مع 300  
8. اقرأ التعليمات بعناية واحدة مع 300  
9. اقرأ التعليمات بعناية واحدة مع 300  
10. اقرأ التعليمات بعناية واحدة مع 300



PROMOPHARM S.A.  
Z.I. du Sabot, 13400 Solennes - France

Tableau A (liste I)