

# 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 5 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° W21-794945

### Maladie

### Dentaire

### Optique

A

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

13338

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

FAIK Farah

Nom & Prénom :

Date de naissance :

15/11/1996

Adresse :

Hay Lalla Mlejem Bloc C N° 245 Ben Slimane

Tél. :

0664 03 09 66

Total des frais engagés :

810,40

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie :

grosesse

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'atté 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) :



### 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
16/04/2023			Gratuit	INPE: 09207173237
16/04/2023	visite de l'adulte	200,00	16/04/2023	INPE: 09207173237

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AZZAHRA	16/04/2023	610,40

INPE: 092071778

### ANALYSES - RADIographies

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

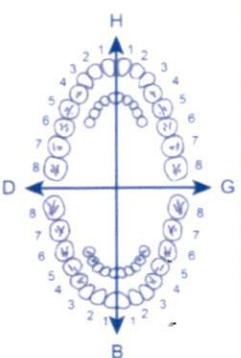
### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

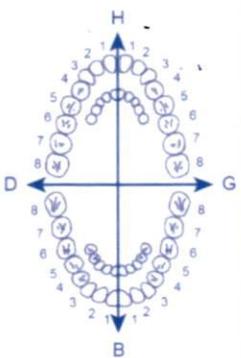
### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### SOINS DENTAIRES



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

16/4/2023



Farsh fait

45,00 1) benadryl 200mg 2/12/25 SP

46,00 2) Bétadine mousse 100ml SP

30,00 3) Ovuline spray 100ml SP

14,60 4) Parontol 100ml SP

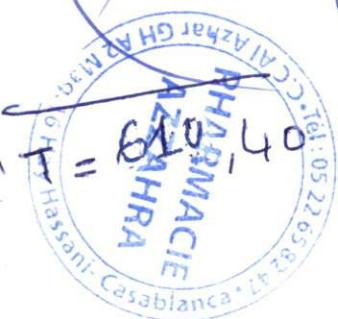
2x 40,50 5) Haylax 100ml SP

6) Haylax 100ml SP

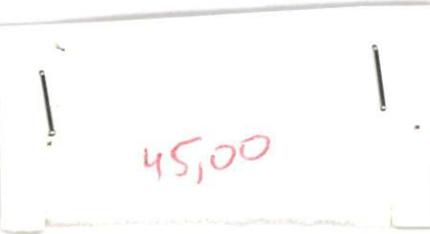
Dr. Fatima NAIT BOUBKER  
Spécialiste en Gynécologie  
Obstétrique  
City Office, Hay Hassani, Casablanca  
Tél: 0522 91 64 45 - 0661 20 68 30



201,00  
7) Doffre 114 x 3/  
X 141  
8) Knecht 200 x 3/  
X 3/  
201,00  
N  
S



~~Dr. Fatima NAÏF BOUBKER~~  
Spécialiste en Gynécologie  
Obstétrique  
CITY OFFICE, Hay Hassani, Casablanca  
(T: 0522 91 6445, Gsm 0661 20 68 30)



# Hemofast®

Pommade et Suppositoires

## COMPOSITION

<b>Pommade :</b>	Chlorhydrate de cinchocaine .....	0,50 g
	Hydrocortisone .....	0,50 g
	Excipient .....	q.s.p. 100 g
<b>Suppositoires :</b>	Acétate d'hydrocortisone .....	0,005 g
	Esculoside.....	0,010 g
	Benzocaïne .....	0,100 g
	Excipient .....	q.s.p. 1 suppositoire

## PROPRIETES

Pommade et suppositoires anti-hémorroïdaires.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est une association d'un corticoïde d'un anesthésique local (pommade et suppositoires) et d'un veinotonique (suppositoires).

Ce médicament est préconisé dans certaines pathologies anales s'accompagnant de douleurs ou de démangeaisons, en particulier dans la crise hémorroïdaire.

## CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT ETRE UTILISE dans les cas suivants :

Allergies aux anesthésiques locaux.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## MISE EN GARDE

- Ce médicament n'étant pas indiqué en cas d'infections anales dues à des bactéries, des virus, des parasites et des champignons, il ne doit être utilisé qu'après avis médical.

Pour les suppositoires : l'attention des sportifs est attirée sur le fait que cette spécialité contient un principe actif pouvant induire une réaction positive des tests pratiqués lors des contrôles antidopages.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI

Le traitement doit être de courte durée et pas rapidement, consultez votre médecin ou de votre pharmacien.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES, IL FAUT SIGNALER LE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN ET EN PARTICULIER POUR L'URGENCE.

14,50

# Hemofast®

Pommade et Suppositoires

## COMPOSITION

<b>Pommade :</b>	Chlorhydrate de cinchocaine .....	0,50 g
	Hydrocortisone .....	0,50 g
	Excipient .....	q.s.p. 100 g
<b>Suppositoires :</b>	Acétate d'hydrocortisone .....	0,005 g
	Esculoside.....	0,010 g
	Benzocaïne .....	0,100 g
	Excipient .....	q.s.p. 1 suppositoire

## PROPRIETES

Pommade et suppositoires anti-hémorroïdaires.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est une association d'un corticoïde d'un anesthésique local (pommade et suppositoires) et d'un veinotonique (suppositoires).

Ce médicament est préconisé dans certaines pathologies anales s'accompagnant de douleurs ou de démangeaisons, en particulier dans la crise hémorroïdaire.

## CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT ETRE UTILISE dans les cas suivants :

Allergies aux anesthésiques locaux.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## MISE EN GARDE

- Ce médicament n'étant pas indiqué en cas d'infections anales dues à des bactéries, des virus, des parasites et des champignons, il ne doit être utilisé qu'après avis médical.

Pour les suppositoires : l'attention des sportifs est attirée sur le fait que cette spécialité contient un principe actif pouvant induire une réaction positive des tests pratiqués lors des contrôles antidopages.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI

Le traitement doit être de courte durée et pas rapidement, consultez votre médecin ou de votre pharmacien.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES, IL FAUT SIGNALER LE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN ET EN PARTICULIER POUR L'URGENCE.

14,50

# Hemofast®

Pommade et Suppositoires

## COMPOSITION

<b>Pommade :</b>	Chlorhydrate de cinchocaine .....	0,50 g
	Hydrocortisone .....	0,50 g
	Excipient .....	q.s.p. 100 g
<b>Suppositoires :</b>	Acétate d'hydrocortisone .....	0,005 g
	Esculoside.....	0,010 g
	Benzocaïne .....	0,100 g
	Excipient .....	q.s.p. 1 suppositoire

## PROPRIETES

Pommade et suppositoires anti-hémorroïdaires.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est une association d'un corticoïde d'un anesthésique local (pommade et suppositoires) et d'un veinotonique (suppositoires).

Ce médicament est préconisé dans certaines pathologies anales s'accompagnant de douleurs ou de démangeaisons, en particulier dans la crise hémorroïdaire.

## CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT ETRE UTILISE dans les cas suivants :

Allergies aux anesthésiques locaux.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## MISE EN GARDE

- Ce médicament n'étant pas indiqué en cas d'infections anales dues à des bactéries, des virus, des parasites et des champignons, il ne doit être utilisé qu'après avis médical.

Pour les suppositoires : l'attention des sportifs est attirée sur le fait que cette spécialité contient un principe actif pouvant induire une réaction positive des tests pratiqués lors des contrôles antidopages.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI

Le traitement doit être de courte durée et pas rapidement, consultez votre médecin ou de votre pharmacien.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES, IL FAUT SIGNALER LE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN ET EN PARTICULIER POUR L'URGENCE.

14,50

# Hemofast®

Pommade et Suppositoires

## COMPOSITION

<b>Pommade :</b>	Chlorhydrate de cinchocaine .....	0,50 g
	Hydrocortisone .....	0,50 g
	Excipient .....	q.s.p. 100 g
<b>Suppositoires :</b>	Acétate d'hydrocortisone .....	0,005 g
	Esculoside.....	0,010 g
	Benzocaïne .....	0,100 g
	Excipient .....	q.s.p. 1 suppositoire

## PROPRIETES

Pommade et suppositoires anti-hémorroïdaires.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est une association d'un corticoïde d'un anesthésique local (pommade et suppositoires) et d'un veinotonique (suppositoires).

Ce médicament est préconisé dans certaines pathologies anales s'accompagnant de douleurs ou de démangeaisons, en particulier dans la crise hémorroïdaire.

## CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT ETRE UTILISE dans les cas suivants :

Allergies aux anesthésiques locaux.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## MISE EN GARDE

- Ce médicament n'étant pas indiqué en cas d'infections anales dues à des bactéries, des virus, des parasites et des champignons, il ne doit être utilisé qu'après avis médical.

Pour les suppositoires : l'attention des sportifs est attirée sur le fait que cette spécialité contient un principe actif pouvant induire une réaction positive des tests pratiqués lors des contrôles antidopages.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI

Le traitement doit être de courte durée et pas rapidement, consultez votre médecin ou de votre pharmacien.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES, IL FAUT SIGNALER LE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN ET EN PARTICULIER POUR L'URGENCE.

14,50

## NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

# Tardyferon® 80 mg

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous. Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.
- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

### Que contient cette notice :

1. Qu'est-ce que TARDYFERON 80 mg, comprimé pelliculé et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre TARDYFERON 80 mg, comprimé pelliculé ?
3. Comment prendre TARDYFERON 80 mg, comprimé pelliculé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver TARDYFERON 80 mg, comprimé pelliculé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

### 1. QU'EST-CE QUE TARDYFERON 80 mg, comprimé pelliculé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

âgés souffrant d'une insuffisance rénale, de diabète et/ou d'une anémie. Ils peuvent également des médicaments pour ur anémie.

Préconisation : *Amnia Dacina*  
41, Rue André Devaere - 75000 Paris

Distributeur : *Pharmacie HARMA*

14, Rue André Devaere - 75000 Paris

30 comprimés pelliculés

80 mg



319334

pelliculé

s ne deve

sauf si vote

pas le décide.

En effet, certains

ne peuvent

pas être utilisés en même temps,

alors que d'autres médicaments

requièrent des changements spécifiques (de dose, de moment de

prise par exemple).

• Si vous prenez des médicaments injectables contenant du fer.

• Si vous prenez des médicaments contenant de l'acide

acétoxydrosomique.

• Si vous prenez certains antibiotiques (les cyclines ou les

fluoroquinolones).

• Si vous prenez des médicaments pour traiter une fragilité osseuse

(les bisphosphonates, le strontium).

• Si vous prenez un médicament pour traiter une maladie des

articulations (la penicillamine).

• Si vous prenez un médicament pour traiter une maladie de

la thyroïde (la thyroxine).

• Si vous prenez des médicaments pour traiter la maladie de Parkinson

(l'entacapone, la méthyldopa, la levodopa, la carbidopa).

• Si vous prenez du zinc ou du calcium.

• Si vous prenez un médicament pour traiter une acidité excessive

de votre estomac : topiques gastro-intestinaux, charbon ou



Dr. Fatima NAIT BOUBKER

الدكتورة فاطمة نيت بوبكر



Spécialiste en Gynécologie Obstétrique  
أخصائية في أمراض النساء والتوليد

Suivi de grossesses Accouchements - Chirurgie Gynécologique  
Maladies du Sein - Infertilité du couple

Casablanca, le

16/05/2023

Dr. Farah Faik

ER CF

Dr. Fatima NAIT BOUBKER

Spécialiste en Gynécologie

Obstétrique

Office Hay Hassani Casablanca

05 22 91 64 45 - 05 22 91 68 30

City Office, 1er étage, N°A9, boulevard Oued Laou, Hay hassani - (En face de Marjane Hay hassani) - Casablanca  
سيتي أوفيس، الطابق 1، رقم A9، شارع واد لو، الحي الحسني - الدار البيضاء ( أمام مرجان الحي الحسني)  
GSM : +212 6 61 20 68 30 - Fix : 05 22 91 64 45 - E-mail: fatima.naitboubker@live.fr

Casablanca Le : 16/04/2023

Facture N° 3401/23

Etablie par HAJAR RECEPTION Page 1/1

Identification

N° Dossier : X3D162497

N° Identifiant : 23042606/23

**Nom & Prénom : FAIK FARAH**

C.I.N.FA133325

Adresse : LOT ALAZHAR GH 3 APPT 13 OULFA CASABLANCA

Traitements : Monitoring

Prestations

Médecin : NAIT BOUBKER FATIMA

Qté | Prix U. | L.C. | Coef | Montant

**IMAGERIE MEDICALE**

Monitoring	1	200,00			200,00
Total Rubrique :					200,00

**PARTIE CLINIQUE :**

Encaissement :			<b>TOTAL FACTURE</b>	<b>200,00</b>
Espèce :	Chèque :	Solde :		

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

*Deux cents Dirhams*

Cachet et signature

