

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

- Réclamation : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société : 195998

Actif Pensionné(e) Autre : ESSERGHTHYNY ZAKARIA

Nom & Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 03/02/2024

Nom et prénom du malade : ESSERGHTHYNY ZAKARIA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DERMATOLOGIQUE

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 : 03/02/2024

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 03.02.2024 | | 45 | 300000 |  |
| 17.04.2024 | contrôle | CC | |  |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|--------|-----------------------|
| <i>HA... ... 134 N° 3 Bousaura ... 05 22 10 29 85 ... 17-2-20</i> | 3-2-20 | 100.80 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

The diagram shows a 16x16 grid of nodes, each containing a small circle with a number. The nodes are arranged in a pattern that forms a central cross shape with a 4x4 hole in the center. The numbers are as follows:

- Row 1: 1, 2, 1, 2
- Row 2: 3, 2, 3, 4
- Row 3: 4, 5, 4, 5
- Row 4: 6, 7, 6, 7
- Row 5: 8, 9, 8, 9
- Row 6: 10, 11, 10, 11
- Row 7: 12, 13, 12, 13
- Row 8: 14, 15, 14, 15
- Row 9: 16, 15, 16, 15
- Row 10: 14, 13, 14, 13
- Row 11: 12, 11, 12, 11
- Row 12: 10, 9, 10, 9
- Row 13: 8, 7, 8, 7
- Row 14: 6, 5, 6, 5
- Row 15: 4, 3, 4, 3
- Row 16: 2, 1, 2, 1

Coordinate axes are indicated by arrows:

- D**: Horizontal axis pointing left.
- G**: Horizontal axis pointing right.
- H**: Vertical axis pointing up.
- B**: Vertical axis pointing down.

[Création, remont, adjonction]
onctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Dr Debbarh Fatima Zahra Médecin Spécialiste en dermatologie

Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès
DIU des manifestations dermatologiques
des maladies de système de l'université de Montpellier

الدكتورة فاطمة الزهراء الدباغ

طبيبة اختصاصية في الأمراض الجلدية

خريجة كلية الطب والصيدلة بفاس
دبلوم الأمراض الجلدية للأطفال بجامعة بيرس
دبلوم الأمراض الجلدية للأمراض الباطنية بجامعة مولنبي

Casablanca, le

17/02/2024

Ordonnance

Mr Zakaria S. Sergheny



87.30

1) Dermofix Crème:

1 app 1/jr le soir x 15 jours.

87.30

PHARMACIE SAFAA BOUSKOURA
Projet Safaa Group Résidentiel 12
Immeuble 134 N° 3 Bouskoura
Tél : 05 22 10 29 89
RECEPTION

Dr Debbarh Fatima Zahra
Médecin Spécialiste en dermatologie
35, Rue Zineb Ishak, Riad ibn Tachafine, 1er étage, Appartement 29, La Villette Casablanca
Téléphone : 05 22 22 22 81

العنوان 35، زنقة زينب إسحاق، رياض ابن تاشفين، الطابق 1، شقة 29، لا فيليت الدار البيضاء

Adresse : 35, Rue Zineb Ishak, Riad ibn Tachafine , 1 er étage , Appt 29 , la villette Casablanca
Tél : 0 522 636 661 , GSM : 0 670 885 650 – E.mail : debbarhdoc@yahoo.fr



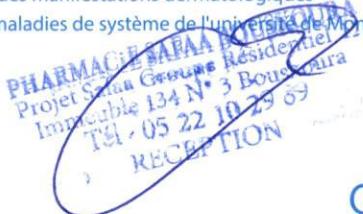
Cabinet Dermatologie

أمراض الجلد والشعر - حقن البلازما - جراحة الأظافر. العلاج بالليزر

Maladies de la peau, cuir chevelu, chirurgie unguéale, PRP, examen dermoscopique, laser

Dr Debbarh Fatima Zahra Médecin Spécialiste en dermatologie

Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès
DIU des manifestations dermatologiques
des maladies de système de l'université de Montpellier



Casablanca, le 03/02/2024

Ordonnance

Zakaria Essergiry

16,60

1) locapred crème

S.V

1 app 1/j le soir pft 1 ser petit
84,20 150:12 x 1 ser

S.V

Maphar
Bd Alkemia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Ketoderm 2% gel sachet
P.P.V : 84,20 DH

6 118001 181490

2) Ketoderm sachet

1 sachet x 21 ser pft 1 mois
(visage + cuir chevelu)

3 à 5 min. Risser.

100,80

8

العنوان: 35، زنقة زينب إسحاق، رياض ابن تاشفين، الطابق 1، شقة 29، لافيليت الدار البيضاء

Adresse : 35, Rue Zineb Ishak, Riad ibn Tachfine, 1er étage, Appt 29, la villette Casablanca
Tél : 0 522 636 661, GSM : 0 670 885 650 - E.mail : debbarhdoc@yahoo.fr

Dr Debbarh Fatima Zahra
Médecin Spécialiste en dermatologie
Casablanca, le 03/02/2024

Il est préconisé dans certaines maladies de peau comme l'eczéma de contact, la dermatite atopique, mais votre médecin peut le prescrire.

Ce médicament est un corticoïde local d'activité modérée.

■ DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT :

DERMOCORTICOÏDE (D : Dermatologie).

■ CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

Crème - Tube de 15 g

■ FORME PHARMACEUTIQUE :

Crème. Pour 100 g de crème.

parahydroxybenzoate de méthyle, acide sorbique, gallate de propyle, eau glycérides polyglycosides saturés, alcool cétylique, propyléneglycol, stéarate de polyoxyéthylène glycol 300, paraffine liquide légère, excipients : stéarate de polyoxyéthylène glycol 600 (mono et diesters), Desonide 0,100 g

■ COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :

symptômes que vous.

Vous risqueriez de lui causer du tort, même si elle présente les mêmes personnes d'autre.

Ce médicament vous a été prescrit, ne le donnez à votre pharmacien.

Si vous avez d'autres questions, adressez-vous à votre médecin ou

gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la lire à nouveau.

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

Si vous avez d'autres questions, adressez-vous à votre médecin ou

gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la lire à nouveau.

Ce médicament.

Si vous avez d'autres questions, adressez-vous à votre pharmacien.

Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la lire à nouveau.

Ce médicament.

Si vous avez d'autres questions, adressez-vous à votre pharmacien.

Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la lire à nouveau.

Ce médicament.

Si vous avez d'autres questions, adressez-vous à votre pharmacien.

Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la lire à nouveau.

Ce médicament.

Si vous avez d'autres questions, adressez-vous à votre pharmacien.

Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la lire à nouveau.

LOCAPRED 0,1%

CRÈME 15G

P.P.V : 16DH60



Crème Voie cutanée

Desonide 0,1%

Crème Voie cutanée