

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

- 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° P19- 0040962

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Esserghyny Zakaria
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 : ESSERGHYNY 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) :

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
03.02.2024		45	30000	
17/04/2024	Contrôle	CC		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	3-2-24	100.80
	17-2-24	87.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

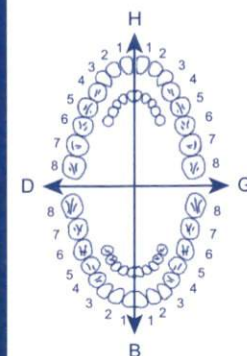
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(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



Cabinet Dermatologie

أمراض الجلد الشعر - 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

الدكتورة فاطمة الزهراء الدباغ

طبيبة اختصاصية في الأمراض الجلدية

خريجة كلية الطب والصيدلة بفاس

دبلوم الأمراض الجلدية الأطفال بجامعة بريس

دبلوم الأمراض الجلدية للأمراض الباطنية بجامعة مونتيلي

Casablanca, le

17/04/2024

Ordonnance

M. Zakaria Es Serghyny

87,30



1) Dermofix Crème

1 appl/jr le soir x 15 jours

87,30

PHARMACIE SAFAA BOUSKOURA
Projet Safaa Group Résidentiel 12
Immeuble 134 N° 5 Bouskoura
Tél : 05 22 10 29 69
RECEPTION

Dr Debbarh Fatima Zahra
05 22 10 29 69
06 70 885 650

العنوان 35، زنفة زينب إسماعيل، رياض تاشفين، الطابق 1، شقة 29، لافليت 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

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

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

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 الأطفال بجامعة بيس

دبلوم الأمراض الجلدية للأمراض الباطنية بجامعة مونيبي



Casablanca, le 03/02/2024

Ordonnance

Zakaria Esserglyny

16.60

-1) Locapred crème

1 applique le soir ptt 1 sem puis
04.20 1 soir 12 x 1 sem

S.V

-2) Ketoderm sachet

1 sachet x 2 sem ptt 1 mois.
(visage + cuir chevelu)

S.V

3 à 5 min. Rincer.

100.80

8

Maphar
Bd Alklima N° 6, Q1,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Ketoderm 2% gel b8 sachet
P.P.V: 84,20 DH
6 118001 181490

العنوان 35، زنقة زينب إيشاك، رياض ابن تاشفين، الطابق 1، شقة 29، لافليت 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

LOCAPRED® 0,1%

Désonide 0,1%
Crème Voie cutanée



P.P.V. : 16DH60

LOCAPRED 0,1%
CREME 115G

LOT : 23E014
PER : 07 2025

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau.
Si vous avez d'autres questions, adressez-vous à votre médecin ou votre pharmacien.
Ce médicament vous a été personnellement prescrit, ne le donnez à personne d'autre.
Vous risqueriez de lui causer du tort, même si elle présente les mêmes symptômes que vous.

■ **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :**

Désonide 0,100 g

Excipients : stéarate de polyoxyéthylène glycol 600 (mono et diesters), stéarate de polyoxyéthylène glycol 300, paraffine liquide légère, glycérides polyglycosylés saturés, alcool cétlique, propyléneglycol, parahydroxybenzoate de méthyle, acide sorbique, gallate de propyle, eau purifiée. Pour 100 g de crème.

■ **FORME PHARMACEUTIQUE :**

Crème - Tube de 15 g

■ **CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :**

DERMOCORTICOIDE (D : Dermatologie).

■ **DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT :**

Ce médicament est un corticoïde local d'activité modérée.

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