

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



Déclaration de Maladie

W21-842615

196820

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0641 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LABIZ MERYEM
 Date de naissance : 11-03-1973
 Adresse : 15 Rue Mabilon Rés JAMAL N°10 2^{ème} étage
 VAL FLEURI CASABLANCA.
 Tél. : 0663211554 Total des frais engagés : #567,00 \$ Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : CHAHBOUN KENZ A Age: 20ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Dermatose
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : CASABLANCA Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

PRAFR05/V2/20-10-2023

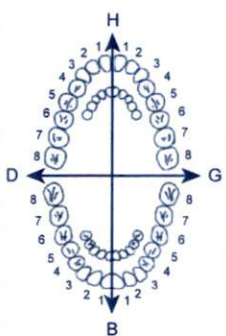
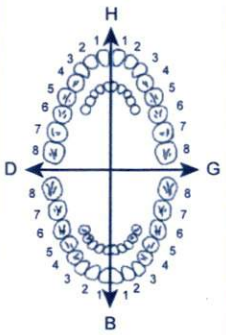
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

| 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 |
| 30/12/2023 | C2 | C2 | 3.00 |  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 08/12/23 | 1267,00 |
| | | |
| | | |

| 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 : Veuillez 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 | Montant des Honoraires | COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | Montant des Honoraires | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |

Docteur Majid Lahlou

الدكتور مجيد لعلو

SPECIALISTE

DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE

Maladies de la Peau, du cuir Chevelu et
des ongles.

Maladies Sexuellement Transmissibles

Chirurgie Dermatologique

COSMETOLOGIE

72, Rue Ahmed El Mejjati - Mâarif

(EX.ALPE) - 2ème étage

CASABLANCA - Tél : 05 22 25 35 69

G.S.M : 06 61 06 69 78

اختصاصي
في أمراض الجلد والشعر
والأظافر

الأمراض التناسلية

جراحة الجلد

علم التجميل

72، زنقة أحمد المجاطي (سابقاً - ذي زالب)

الطابق الثاني - المعارف

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 25 35 69

المحمول : 06 61 06 69 78

CASABLANCA, LE

08 DEC 2023

71le CHAH BOUN. KENZA
89,00 x3 ① Vibra 200 1 cap
1 cap. 1 Soir / 3 a milieu
de Piver...

26710

Dr. LAHLOU MAJID
Dermatologue - Vénérologue
72, Rue Ahmed El Mejjati Maarif
Tel: 0522 253 569-0661 066 978

Pharmacie VITA - CASABLANCA
TEL: 05 22 98 43 03
FAX: 05 22 98 43 03
www.vita.ma
40, Bd. Mohammed VI - Casab.
Tél: 0522 253 569 - 0661 066 978

R.D.V
ega 30/12/2013

Dr. LAHLOU MAJID
Dermatologue - Vénéréologue
72 Rue Ahmed El Mejjati Maarif
Tel. 0522 253 569-0661 066 978

Veillez noter que Vibra doit être conservée à l'abri de la lumière et de l'humidité et à température ambiante (15° - 25° C).
Listel 1 Uniquement sur ordonnance.
Voir la notice inférieure.
Mode et voie d'administration
Voie orale.
Les comprimés doivent être administrés au milieu des repas, au moins une heure avant le coucher.
Se conformer à la prescription médicale.

Vibra® 200 mg
Doxycycline monohydrate

8 comprimés sécables

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE
1 comprimé sécable de Vibra contient 200 mg de doxycycline.
Excipients: Stéarate de magnésium, Silice colloïdale anhydre, Cellulose microcristalline

®marque déposée de Pfizer Inc.
N° d'AMM : 95/DM/P21/NFRQ.

فیبیرا 200 مغ
أحادي هيدرات دوكلسيو سيكلين

8 أقراص قابلة للتكسير

Vibra® 200 mg
8 comprimés sécables
6 118000 250449

يحتوي كل قرص من فبيرا على 200 مغ من الكلوكسي سيكلين.
الوصف: أقراص سكرات دوكلسيو سيكلين، الشكل: الأقراص، الشكل: الكروي، اللون: الأبيض.
يحتوي على طاقعة ليد في المنتصف من أجل التعرف على المنتج.
يحتوي على طاقعة ليد في المنتصف من أجل التعرف على المنتج.
يحتوي على طاقعة ليد في المنتصف من أجل التعرف على المنتج.
يحتوي على طاقعة ليد في المنتصف من أجل التعرف على المنتج.

LOT N°: G M O 6 9

UT.AV: 1 2 2 4 P.P.V 3 9 0 0

Vibra® 200 mg
Doxycycline monohydrate
8 comprimés sécables

Titulaire de l'autorisation
/ au Maroc et l'étranger
أفسيو سيكلين
المنتج من الشركة
Laboratoires Pfizer S.A.
BP 35, 24 000
El Jadida, Maroc

Pfizer



Pfizer

IDEMCO

Les comprimés doivent être administrés au milieu d'un repas, au moins une heure avant le coucher, se conformer à la prescription médicale.

Mode et voie d'administration

Voie orale.

Les comprimés doivent être administrés au minimum d'un repas au moins une heure avant le coucher.

Se conformer à la prescription médicale



**Titulaire de l'autorisation
/ au Maroc et Fabricant**

عبد الجبار علی عظیمی

七

Laboratoires Pfizer S.A.
15, rue de la République
92000 Nanterre Cedex
Tél. 01 1 47 37 60 00
Fax 01 1 47 37 60 01
E-mail info@pfizer.fr
Site Internet www.pfizer.fr

BP 35, 24 000

El Jadida, Maroc

vibra[®] 200 mg
Doxycycline monohydrate

8 comprimés sécables

RESPECTABLE POSTER PRESENTED AT
الجمعية العلمية السورية

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE
1 comprimé sécable de Vistra contient 200 mg de doxycycline.
Excipients: Stéarate de magnésium, Silice colloïdale anhydre,
Cellulose microcristalline.

10

Vibra[®] 200 mg
Doxycycline monohydrate

Doxycycline monohydrate

8 comprimés sécables

فیترا 200 مغ
احادی ہدایت دہکنسی سبکسین

احادي هيدرات دوکسي سيکلين

8 أقراص قابلة للكسر

vibra® 200 mg 
8 comprimés sécables



6 || 118000 || 250449 ||

[illegible]

LOT N°: G W O 6 9

UT.AV: 1 2 2 4 P.P.V 8 9 0 0

P10023688

