

# 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.

## Reéducation :

- 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 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pcc@mupras.com      |
| O 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>12704</b>		Société : <b>RAI</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
<input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : <b>TOUFALLA NOHARIED</b>			
Date de naissance : <b>04/01/86</b>			
Adresse : <b>160 RD Bourgogne</b>			
Tél. : <b>0669903791</b>		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<b>17/07/2015</b>	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : <b>MUPRAS</b>	
Age : _____	
Lien de parenté : <b>Soi-même</b>	
<input type="checkbox"/> Conjoint	
<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <b>Jeune ph</b>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>19 SEP 2014</b>	
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 :** \_\_\_\_\_ **Le :** \_\_\_\_\_  
**Signature de l'adhérente(e) :** **Accueil Sapeur-pompiers**

VOLET ADHÉRENT



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
17/07/2015			CVL	INP : 00103MTH

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/07/11	182,30

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet en Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19-07-19	B340	300\$ .60 HT

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]																		
				MONTANTS DES SOINS [ ]																		
				DEBUT D'EXECUTION [ ]																		
				FIN D'EXECUTION [ ]																		
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25593412</td> <td style="padding: 0 5px;">21493552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35593411</td> <td style="padding: 0 5px;">11493553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25593412	21493552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35593411	11493553	G			B		
	H	25593412	21493552																			
		00000000	00000000																			
	D	00000000	00000000																			
		35593411	11493553																			
	G																					
	B																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]																		
				MONTANTS DES SOINS [ ]																		
				DATE DU DEVIS [ ]																		
				DATE DE L'EXECUTION [ ]																		

## DOCTEUR AHMED BOURRA

Dermato- Vénérologue

Membre de l'Académie Américaine de Dermatologie

Membre de la Société Française de Dermatologie

Médecin Expert Près Les Tribunaux

## DOCTEUR HAYAT BOURRA

Spécialiste en Dermatologie-Vénérérologie

Petite Chirurgie Dermatologique

Dermatologie Esthétique ,Cosmétologie

et lasers

Prière faire :

Date : 17.07.19  
Nom : Toufella Ned.

- NFS       Fer Sérique     Plaquettes
- Groupage ABO /RH
- Taux de prothrombine+TCK
- Ionogramme S
- T.de Saignement (IVY)
- V.S CRP
- Glycémie
- Triglycérides Chol T
- Transaminases (SGOT-SGPT)
- Cholestérol HDL     LDL
- Lipides Totaux
- PSA
- Anticorps \_ Anti -Thyroïdiens
- T3 Libre     T4 Libre     TSH
- Estradiol
- FSH
- LH
- Prolactine
- Dosage Testostérone
- Delta 4 Androstenedione

- Sérologie (TPHA- VDRL)
- Sérologie Quantitatif
- Acide Urique
- Urée
- Crétinémie
- ECBU- Identification d'une IST
- AC. Anti -Nucléaires
- AC. Anti DNA Natif
- Ac.Anti-VHB
- Ac.Anti-VHC
- Sérologie HIV
- Sérologie HVS I & II
- Spermogramme - Culture - ATB
- Prélèvement Volvo Vaginal - ATB
- Prélèvement Mycologique -ATB
- Ex. de Selles - Culture - ATB
- IGE Totales
- IGE    -Spécifique CLA 30  
          -Trophallergènes  
          -Pneumallergènes

L.A.M.B.  
Laboratoire Bourrara et Analyses Médicales  
136, Résidence Belhcen 3d, Bourgogne  
Tél: 0522 20 81 02 - 0522 20 80 99  
Fax: 0522 20 81 00 - 0522 20 80 99

Dr. BOURRA HAYAT  
Spécialiste en Dermato Vénérologie  
19. Place du 18 Novembre Casab 20080  
Tél: 05 22 26 97 06 - Fax: 05 22 26 97 00  
I.C.E. N° 00170 1456000006

Prière Faxer SVP Résultats : 05 22 26 97 00

Merci

# Docteur Hayat BOURRA

## DERMATOLOGUE - VÉNÉRÉOLOGUE

## Maladies de la Peau, des Cheveux et des Ongles

## Maladies Sexuellement Transmissibles

## Chirurgie Dermatologique

Dermatologie Esthétique - Cosmétologie

Lasers

Diplômée de la Faculté Med V Souissi Rabat

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

دكتورة حياة بورة

أخصائية في أمراض الحد، الشعر والأظافر

الامراض المتنقلة حنسا

الدراجة الحارضة

التحمّل الطبي

الخلافة والشيعة

الدرج بحسب المير

حريجه كيه الطب بالرباط

Casablanca, le 17.07.19

Tonfalla Nohamed

My Cetaphil lotion nettoyante.

1C6Jx3 1app 2a3x1g

2) Scapred ulnae (3 tuber)  
1) apophysis

120.40

3y Aerius

100

4) Tégsa

215.00



**Pharmacie VICTORIA**  
Angle Avenue de Nice et N° 21  
Rue Ahmed Ben Bouchta 20100  
Casablanca - Tel: 0522 33 14 68

19 Place 16 Novembre - Casablanca 20080

19, Avenue 10 Novembre - Casablanca 20080  
Tél: 05 22 22 10 86 - المايل: 05 22 26 97 00 - الفاكس: E-mail: dr\_hbourra@hotmail.com

Laboratoire BOURGOGNE  
136 Résidence Belhacen, Boulevard Bourgogne  
Tél : 0522208099/0522208102 - Fax : 0522208100  
@ : labbourgogne.lamb@gmail.com

**FACTURE N° : 190003003**

INPE : 097164701



097164701

Casablanca le 18-07-2019

IF: 15231383  
N°Patente: 35490624

ICE: 001692860000053  
N°CNSS: 4430534

**Mr Mohamed TOUFALLA**

Demande N° 1907180033  
Date de l'examen : 18-07-2019

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E17	E
0106	Cholestérol total	B30	B
0111	Créatinine	B30	B
0118	Glycémie	B30	B
0134	Triglycérides	B60	B
0135	Urée	B30	B
0141	Gamma glutamyl transférase ( GGT)	B50	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0216	Numération formule	B80	B
0223	VS	B30	B
0354	IgE totales	B200	B
0370	CRP	B100	B

Total des B : 740

L.A.M.B.  
Laboratoire Bourgogne d'analyses Médicales  
136, Résidence Belhacen Bd Bourgogne  
Tél: 0522 20 81 02 - 0522 20 80 99  
Fax: 0522 20 81 00 - Casab

**Laboratoire BOURGOGNE**  
136 Résidence Belhecen, Boulevard Bourgogne  
Tél : 0522208099/0522208102 - Fax : 0522208100  
@ : labbourgogne.lamb@gmail.com

TOTAL DOSSIER : 1008.60 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille huit dirhams soixante centimes

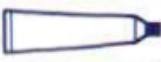
*L.A.M.B.*  
Laboratoire Bourgogne d'analyses médicales  
136, Résidence Belhecen Bd. Bourgogne  
Tél: 0522 20 81 02 - 0522 20 80 99  
Fax: 0522 20 81 00 - 0522 20 81 01

C209018/05

گیکو ماما

قیرینافین

١٥



COOPER  
PHARMA

TEGUMA® 1%

Crème 15 g



6118001101061

LOT: 190921  
PER: 05-21  
PPV: 45,00DH

#### ol cétostéarylique

HISTOIRE

Aerius soulage tes symptômes d'inflammation nasale provoquée par les adolescents de 12 ans et plus. Ces symptômes comprennent les éternuements, le nez qui coule ou l'urticaire (atteinte cutanée provoquée par des activités quotidiennes).

primés

LOT: 069  
PER: OCT 2020  
PPV: 120 DH 70

أقراص 30  
ماليسبة

Aerius peut être pris pendant ou en dehors des repas.  
La plus grande prudence est recommandée si vous prenez de l'alcool en même temps que votre traitement.  
**Grossesse, allaitement et Fertilité**  
Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou si vous envisagez une grossesse, la prise d'Aerius n'est pas recommandée si vous êtes enceinte ou si vous allaitez.  
Aucune donnée n'est disponible sur la fertilité chez l'humain.

### 3. Comment prendre Aerius ?

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre pharmacien ou

#### **Adultes et adolescents de 12 ans et plus**

La dose recommandée est d'un comprimé une fois par jour avec de l'eau, au moment ou au besoin.

