

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.



Déclaration de Maladie

M22- N° 004312

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 930 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOURIAL KHADIJA
 Date de naissance : 31-01-1950
 Adresse : 84 Rue IBRAHIM MOUNIR MAARIF CASA
 Tél. : 0653 665508 Total des frais engagés : 1163,05 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Professeur HABIB EDDINE Souad**
 Dermatologue - Vénérologue
 Dermatologue Esthétique
 LASERS
 Tél. 05.22.99.31.99
 Date de consultation : 22/09/2022
 Nom et prénom du malade : H. Bourial Khadija Age :
 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 : CASA Le : 23/09/2022
 Signature de l'adhérent(e) : Bourial Khadija 06/10/2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

| 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 Bonement des Actes |
| 22.09.22 | Augmentation | C3 | 350 DH |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|-------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la facture |
| | 09/12 | |

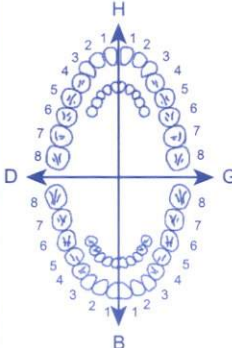
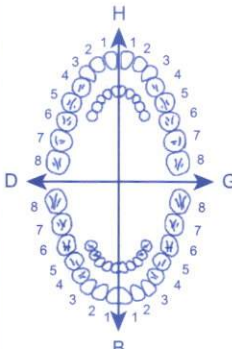
[illegible][illegible]

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 | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------|---|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
|  | | | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Souad HABIB EDDINE

Spécialiste en Dermatologie - Vénérologie
Ex Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca
Dermatologie Pédiatrique
Lauréate de l'Université de Bordeaux 2 :
Dermatologie Esthétique, Lasers, Cosmétologie

Sur Rendez vous

الدكتورة سعاد حبيب الدين

إختصاصية في الأمراض الجلدية و الأمراض
أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض الجلد عند الأطفال
حاصلة على دبلوم التجميل و الليزر من جامعة بوردو 2

بالموعد

Casablanca, Le : 22.09.2022 في : الدار البيضاء

360,00 1 Bouvrial Khadija

360,00 1 Otezis : 8 pulv / 3 jours

83,10 2 Retacnyl 0,05%
1 soir sur nez

40,00 3 Dermoval gel

1 en 1 x 15
1 sur nez x 15

4 Trikane C shampoo

20,00 5 Dermiderm

1 en 2 x 6
1 en 1 x 10
1 sur nez x 15

156,45 6 Exapiel pruri - lotion = 1 en 1
1 ongles = Ouy koleine = 1 en 1 x 3 jours

156,45



RETACNYL 0,05 %
Crème, tube de 30 g
AMM N°260 DMP/21/NRO
PPV: 83,10 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc
6 118001 070503

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 40,00 DH
118000 161301



20,00

زاوية شارع الزرقطوني, زنقة ابن بوريد, إقامة نزيهة 2, الطابق الثاني - (أمام ثانوية شوقي) - الدار البيضاء
Angle Bd Zerktouni, Rue Ibn Bouraid - Résidence Naziha II Bureau 2^{ème} étage (en face du lycée chawki) - Casablanca
Tél : 05 22 99 31 99 - GSM : 06 51 23 42 38 - Email : habibeddinesouad@hotmail.com

659,15

T.SUP

26-69,155

8/ Zinaskin

40,90

19/

ZINASKIN® 45 mg
PPV 40DH90 EXP 12/2024
LOT 18066 87
20 comprimés effervescents



PHARMACIE DE LA CROIX D'OR
N. DADOUN
139, rue Abou Ishak Al Marouni (Maarif)
CASABLANCA - Tél.: 0522 25 05 77

Professeur HABIB EDDINE Souadi
Dermatologue - Vénérologue
LASERS
Tél: 05 22 99 31 99

PHARMACIE DE LA CROIX D'OR
N. DADOUN
139, rue Abou Ishak Al Marouni (Maarif)
CASABLANCA - Tél.: 0522 25 05 77

9/ Abou seir huit savante 1 litre

10/ D cure 25000



5630
6630

1 amp / xue x 2wais

1 amp ts les 15j x 2wais

EXP: 11/2023
LOT: 21K25D
PPV: 56,30 DH

15

EXP: 03/2024
LOT: 22C07D
PPV: 56,30 DH

813,05

PHARMACIE DE LA CROIX D'OR
N. DADOUN
139, rue Abou Ishak Al Marouni (Maarif)
CASABLANCA - Tél.: 0522 25 05 77