

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



Déclaration de Maladie

M23-005177

173307

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7058 Société : RAA.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL HAJJI JAMELA
 Date de naissance : 11/02/1962
 Adresse : Résidence AL GHAFIKI B1A AGDAL RABAT
 Tél. : 0661400476 Total des frais engagés : 696,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Jamila BOUHLAB
 Date de consultation : 28/07/2023
 Nom et prénom du malade : EL HAJJI Jamila 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.

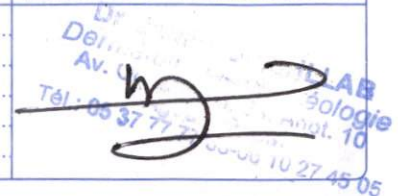
Fait à : RABAT

Le : 29/08/23


Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-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
28/07/23	C		#300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/07/23	396,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

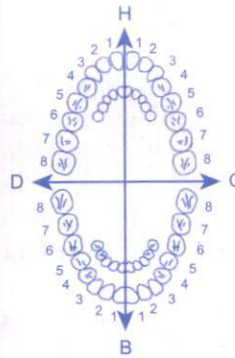
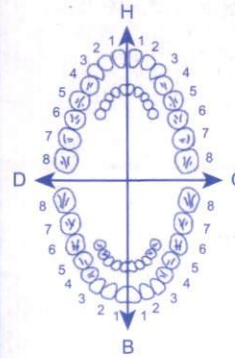
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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"> <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 <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

Dr. Jamila BOUHLLAB

Spécialiste en Dermatologie

Ex Spécialiste de l'Hôpital Avicennes C.H.U Rabat

Maladies et chirurgie de la Peau, ongles et Cheveux

Maladies Sexuellement Transmissible

Laser Médicaux

Médecine Esthétique



د. جميلة بوحلاب

أخصائية في الأمراض الجلدية

طبيبة سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن سينا الرباط

أمراض وجراحة الجلد و الأظافر و الشعر

الأمراض المنقولة جنسيا

العلاج بالليزر

طب التجميل

CABINET DE DERMATOLOGIE

LASER

Rabat Le :

21/8/2023.

Dr. JAMILA ELHAYJI

68/2

Dermasept Cicé crème

1x/ - x 08j'

Spécialrap URG

33,~

Dr. Jamila BOUHLLAB
Dermatologie Vénérologie
Av. Oqba, Imm. 54, Appt. 10
Agdal - Rabat
Tél.: 05 37 77 77 33 06 10 27 45 0

PHARMACIE OQBA
SARL AU
62, Rue Oqba, Agdal - Rabat
Tél: +212) 5 37 77 26 99

Adresse : AV Oqba, Rue ain Asserdoune App 10 Imm 54, AGDAL-RABAT أكنال- الرباط

Email : jamilabouhllab@gmail.com البريد الإلكتروني:

Tél : 06 10 27 45 05 - 05 37 77 77 33 : الهاتف

Dr. Jamila BOUHLLAB

Spécialiste en Dermatologie

Ex Spécialiste de l'Hôpital Avicennes C.H.U Rabat

Maladies et chirurgie de la Peau, ongles et Cheveux

Maladies Sexuellement Transmissible

Laser Médicaux

Médecine Esthétique



د. جميلة بوحلاب

أخصائية في الأمراض الجلدية

طبيبة سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن سينا الرباط

أمراض وجراحة الجلد و الأظفار و الشعر

الأمراض المنقولة جنسيا

العلاج بالليزر

طب التجميل

CABINET DE DERMATOLOGIE

LASER

Rabat Le :

28/7/2023

M^{me} Jamila ELHAGGI

1) Doltran cp

1cp 2x 16

1) Hexamidine 12j.

2) Catex cp. 500
1cp < 80in 06j.

3) Argementin sachet 1g

4) Abidergom sachet 1g 3x 16 8j.

5) Abidergom sachet 1g 2x 10j.

العنوان شارع عقبة ، زنقة عين أسودون عمارة 54 شقة 10 ، أكال - الرباط AGDAL RABAT

Email : jamilabouhllab@gmail.com : البريد الإلكتروني

الهاتف : 06 10 27 45 05 - 05 37 77 77 33

AUGMENTIN
AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

1g /125 mg

**poudre pour suspension
buvable en sachet**

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

AUGMENTIN 1g /125 mg
sachets

sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des
repas, pendant jours.
Lire attentivement la notice avant emploi.
...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

CATEX® 500 mg
10 comprimés pelliculés

6 118000 070276

500044 j

CATEX® 500 mg
10 comprimés pelliculés

6 118000 070276

PPU: 126,30 DH
LOT: 651415
PER: 02/25

521091 000811 9

AUGMENTIN 1g /125 mg
12 sachets

AUGMENTIN 1g /125 mg
12 sachets

6 118000 160175

إكزوميدين
عابر للجلد
إكزاميديين

14100

DERMASEPT® Cica
Cicatrices
Crème cicatrisante

6 111259 970168

DOLTRAM®
37,5mg/325mg
Tramadol/Paracétamol

20 comprimés pelliculés

6 118000 041559

AGIDERM® 2%
Pommade
Tube de 15 g

6 118000 140870

AMM N°: 56618 DMP21/NRQ

AGIDERM®

Hexomédine®
transcutanée

Hexomédine®
flacon de 60 ml

6 118000 180388

flacon de 60 ml

DERMASEPT® Cica
Cicatrices
Crème cicatrisante

LOT: 1007
EXP: 04/26
PPC: 69.50DH

PPV 301460
PER 12/25
LOT L4251

تركيبة:
وسيدات الصوديوم
نواع كل لأنبوب 15 جم
نواع ذو تأثير معروف: لانولين
حفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية
تلفظ به 7 أيام بعد الاستعمال الأول
برا التشرة قبل الاستخدام
حفظ بعيدا عن متناول الأطفال

LOT : 340
PER : 02/26
PPV : 25,00 DH