

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.

N° W21-826084

204665

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule	12200	Société	RAN
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Louza K INAN
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0561153647 Total des frais engagés : 505			

Autorisation CNDP N° : A-A-2115/2019

Cadre réservé au Médecin

Docteur Touriya LAHKIM
Dermatologie Vénérologie
23 Place Mohammed V - 2^e Etage
Tél : 05 23 40 36 27 - Sétif

Date de consultation : 15.10.2019
Nom et prénom du malade : LOUZA K INAN Age: 28 Ans
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : Dermatose

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 : setif Le : 15.10.2019

Signature de l'adhérent(e) :

24

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
15-08-2023	01	25 000		INP : 061088720 Signature

Docteur Tounya LAKHIM
Dermatologie Vénérologie
NNA
23, rue Mohammed V - 2000
Casablanca - Maroc

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/04/2024	25570

888068804

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

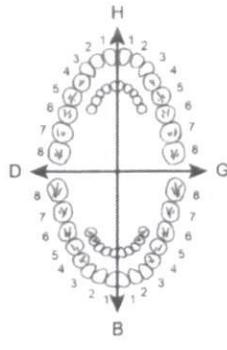
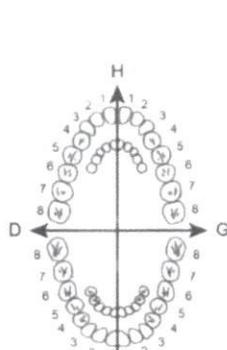
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de tout

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
					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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
G	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
					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

Docteur Lahkim Touriya

Dermatologue Vénérologue

Maladies des Ongles et des cheveux

INPE : 061088720



الدكتورة توريه الحكيم

إختصاصية في الأمراض الجلدية

والشعر والأمراض التناسلية

Settat, Le 15.06.08 سطات في

Boege Kina

43,90
Plastibec → sirop
1 cm le Soe x 1N

37,80 Efficac hydrogel
soft matin Soe x 10
soft Soe x 10

174,00 Cicoplast Baue Br
soft 28/1 me
des cicatrices -

RJ
15j

Docteur Touriya LAHKIM
Dermatologie Vénérologie
23, Place Mohamed V - 2^e Etage
05 23 40 36 97 - 06 28 20 11 30

Pfle
ahli

ساحة محمد الخامس-الطابق 2 قيسارية الهرادي لقواس-سطات-الهاتف: 05 23 40 36 97 / 06 28 20 11 30

23, Place Mohamed V - 2^e étage - LAQUASS - SETTAT - MAROC - Tél : 05 23 40 36 97 / 06 28 20 11 30

LOT : 8896
PER : 11-26

P.P.V : 43DH90



AVANT UTILISATION.

Ne pas laisser à la portée des enfants

Clartec 0,1g/100ml, flacon de 120ml



6 118000 091387

Laboratoires Pharmaceutiques YAHMA5
Yasmine LAHLOU - FILALI Pharmacien Responsable



LOT

54X73R

06-2026

174.00

3
337875
816847



LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

100

ade in Fra

SCIENCE

NUEVA FÓRMULA / NOVA FÓRMULA
PIEL DEBILITADA. ADULTOS, NIÑOS Y BEBÉS
PELE DESCONFORTÁVEL OU FRAGILIZADA, ADULTOS, CRIANÇAS, BEBÉS

CICAPLAST BAUME B5+

BÁLSAMO CALMANTE REPARADOR
BALSAMO APAZIGUANTE ULTRARREPARADOR

Efficort® hydrophile 0,127 %, crème

Tube de 30 g

Acéponate d'hydrocortisone

CREME HYDROPHILE

LOT 0089
EXP 04 2025
PPV 37.80 DH

Efficort® Hydrophile 0,127%, crème
Tube de 30 g
AMM N° : 59 SG/42

6 118000 020448