

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

- Reclamation : 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

N° W19-487457

ND: 30771

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08995

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEKKAR BEKKAR

Date de naissance :

19 - 5 - 1972

Adresse :

54 Rue Paris 4074 RABAT

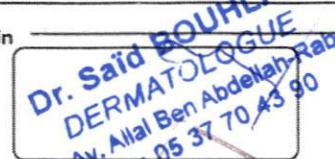
Tél. :

0661500451
0537633835

Total des frais engagés : 652,51 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

26/02/2010

Nom et prénom du malade :

SAID BEKKAR

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Verrou flambant

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 : 16/03/2010

Signature de l'adhérent(e) :

BEKKAR

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-487457

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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
96.02.20	g2 20	2	300.00	INP : 1010316114 Dr BOUHLAL TOLOGUE bdellah Rabat 4390

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du ~~Président~~
Pharmacie du Grand Boulevard
Mr VANPOULLE
81, Avenue de la République
59700 Marcq en Baroeul
Tél : 03 20 55 26 43

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

• BELEVE 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	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"/>										
	H <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">□</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> G B			25533412	21433552	00000000	00000000	□		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	□													
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd BOUHLAL

DERMATOLOGUE

Spécialiste des maladies

de la peau et du cuir chevelu

Maladies sexuellement transmissibles

Diplômé de la faculté de

médecine de Toulouse

الدكتور سعيد بو هلال

اختصاصي في أمراض الجلد

و أمراض الشعر

و الأمراض التناسلية

خريج كلية الطب بتولوز

Rabat le

26.02.20

الرباط في

PREKKARI JAL

- Duofilm
le soir sur
la verre

- hexomedine solutri

Tricovivax ND

10 ml Venitabix

mat et soir

6 mois

- Shampooing Anaphax ducrey.

2 à 3 fois / semaine ND

56، شارع علال بن عبد الله، الشقة رقم 10 - الرباط - الهاتف : 05 37 70 43 90

56, Av. Allal Ben Abdellah, Appt. N° 10 - Rabat - Tél : 05 37 70 43 90

Pharmacie du Grand Boulevard
Mr VANPOULLE
801, Avenue de la République
59700 Marcq en Baroeul
Tél. : 03 20 55 26 43

Dr. Saïd BOUHLAL
DERMATOLOGUE
56, Av. Allal Ben Abdellah-Rabat
Tél.: 05 37 70 43 90

EURL PHARMACIE DU GD BOULEVARD
 Bertrand VANPOULLE
 801 AV. DE LA REPUBLIQUE
 59700 MARCQ EN BAROEUL
 Tel: 0320552643
 N° SIRET: 44883998500018
 Code NAF: 4773Z - FR14448839985
 FRANCE

Page

1 / 1

FACTURE

N°839

Du 10/03/2020

Date de l'échéance 11/03/2020

BEKKARI Jad
 800 av de la republique
 59700 MARCQ EN BAROEUL

Opérateur: ADELE V

Désignation Code produit	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
HEXOMEDINE 0,1% S A LOC FL/250ML 3400930495384	1	9,109	2,10%	9,11
PURESSENTIEL STICK ARTICUL ROLLER/75ML 3401546259902	1	11,583	20,00%	11,58
DUOFILM S A LOC FL/15ML 3400932463749	1	9,000	10,00%	9,00

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
9,11	2,1% (4)	0,19	9,30
9,00	10% (10)	0,90	9,90
11,58	20% (6)	2,32	13,90
Total HT		Total TVA	Total TTC
29,69		3,41	33,10

Mode(s) de règlement

Règlements multiples
(Espèces)

33,10

Reste dû

0,00

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

Pharmacie du Grand Boulevard

Mr VANPOULLE

801, Avenue de la République

59700 Marcq en Baroeul

Tél. : 03 20 55 26 43

Acquitté le 10/03/2020

indique les quantités unitaires

Les codes TVA: code 4: taux 2.1 - code 6: taux 20.0 - code 10: taux 10.0

124//1/FACTURATION/FACTURE/AANN/N/AAMc/N/AAMB/2.10.2.1.R11-205/0/B17/0106-R2 /86642

Duofilm

**solution
pour application
cutanée**

**Acide salicylique
Acide lactique**



**Composition en substances
actives :**

Acide salicylique 16,7 g
Acide lactique 15 g
pour 100 g de solution pour
application locale.

Liste des excipients :

Collodion souple: fulmicoton, alcool
à 90% v/v, éther.

Indications d'utilisation :

Traitements des verrues plantaires
et des verrues vulgaires de la main.

Chez l'enfant de moins de 4 ans,
l'utilisation de DUOFILM ne pourra
se faire qu'après avis médical.



Duofilm



Duofilm

**Médicament autorisé n°
3400932463749**

**solution
pour application
cutanée**

**Acide salicylique
Acide lactique**

Puressentiel

GEWrichten
& spieren

ROLLER

MASSAGEKOGEL

14
ESSENTIELLE
OLIËN



100% PUUR & NATUURLIJK

MEDISCH HULPMIDDEL

Onmiddellijke en langdurige
werking om:

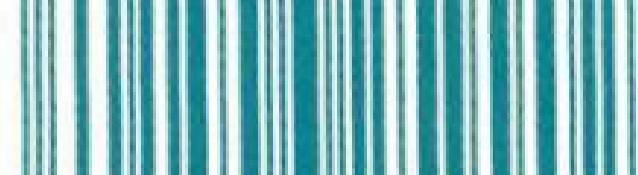
- Spier- en gewrichtspijn te verlichten
- Spierspanning te verzachten



7 jaar
en +

CE

ZONDER BEWAARMIDDEL - ZONDER KLEURSTOF



3 401546 259902

Code ACL : 4625990

2299-998



Hexomedine®

1 pour mille
solution pour application locale

Diisétionate d'hexamidine



VOIE CUTANÉE
NE PAS AVALER

1 pour mille
solution pour
application locale
Diisétionate d'hexamidine



Hexomedine®



CIP 3400930495384

EXP. 10.2021

BATCH 8K2991