

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 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.



Declaration de Maladie

N° W19-560740

ND: 42439

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10975	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL GUERGARI ICAMAR			
Date de naissance : 25/07/1975			
Adresse : GT I Guergari DNO 150 ART 1 Rond Point Amalakch			
Tél. : 0668775488	Total des frais engagés : 7354,00		

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/08/2020

Nom et prénom du malade : EL GUERGARI ICAMAR Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Monjoint

Enfan

Nature de la maladie :

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'adjudication conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je suis au fait et ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : 22/08/2020

DR M. GUERGARI
ACCUEIL
MUPRAS

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
12/01/2020	2	10	200.00	NP : 0310644460 Signature : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie LE CAD Dr. Mohammed LA 6, imm. Mofid Bd. Abderrahmane Tel: 05 23 40 10 00</i>	12/08/2020	1154,00

ou du Fournisseur

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan d

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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				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

**DOCTEUR
ABDELLAH BELLA**
DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE

Spécialiste des maladies de la peau
des ongles et du cuir chevelu.
Maladies sexuellement transmissibles.
Chirurgie dermatologique, Allergies Cutanées.
Diplôme d'expertise médico-légale.
DIU de Photobiologie cutanée (Montpellier).
DIU des lasers Dermatologiques, Cosmétologie
Et Dermatologie Esthétique (Lille).



**CABINET DE
DERMATOLOGIE
DR BELLA**

الدكتور
عبد الله بلا
الاختصاصي في الأمراض الجلدية والتتناسلية

الاختصاصي في أمراض الجلد، الأظافر والشعر.
الأمراض التناسلية، الجراحة الجلدية.
الحساسية الجلدية.

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن سينا (الرباط)
والقوات المسلحة الملكية.

GUERGANI Kineal

Agadir, le .

Nom :
12/08/2020

450,00 ① VIT Go

اللعق
السجائر

2x9

1S

Orme

1S

Batr

Geluk

PRODUCEE
SAFIA LE OUDAD
Mounir Bouabid
Mohamed ARIACH
Immeuble Aït Souss, Appartement 03 1er Etage, Avenue Hassan II - Agadir

296,00

2 femme

à peu près

jeu à l'expo

an

Sal

16h

a'ndal

Pr (10 min)
Rx [Scraue]

عمارة أيت سوس شقة رقم 3 الطابق الأول ، شارع الحسن الثاني - أكادير
Immeuble Aït Souss, Appartement 03 1er Etage, Avenue Hassan II - Agadir
Tél : 0528 84 48 04 - Mobile : 0676 02 77 83

58,00

(3) Oni fine genes



$\times 7 \text{ kg } \frac{1}{2}$

26 kg.

kg netto
kg

(centre of fertilizer)

20,00

Clementine

Gene



25

25

TAFF (for $\alpha 10$)
 $\alpha 20/02 = 25$

Pharmacie
Dr. Mohamed
El Moudafi
BP: Abderahim Bouabid
Tel: 05 23 23 22 69
LAHIRACH
ADUCÉE
Lahirach
Soussi
AGADIR

20,00

380,00

(5) Evans plane

FSP



~~90,00~~

(Spay)

124 pi stet

$F = 1154,00$

DY-PROTEIN, AH CELLS

6 066 141 1087

VITICAP®

Actifs et Vitamines

À base d'Actifs Végétaux

Ammi Majus
Cu, Zn & Vit C



Une peau
en bonne santé

Atténue les effets du vitiligo

60 Gélules voie orale

Poids Net : 24.60g

VITICAP®

Actifs et Vitamines

L 2218
P : 05/22

BP Pharm
Bureau de Promotion Pharmaceutique

PVC : 295.99 dhs



FIDERMA®
LABORATOIRES

VIT-GO

**CREME REGULATRICE
DE LA DEPIGMENTATION
DEFICITS PIGMENTAIRES
SANS PARFUM**

**REGULATING
DEPIGMENTATION CREAM
HYPOPIGMENTATION
DISORDERS
FRAGRANCE FREE**

50 ml • 1.69 fl. oz.

Batch Number:

Expiry Date:

~~150.00~~
~~150.00~~

FID-314

طريقة الاستعمال:
عن طريق الجلد

تطبيق واحد في اليوم، بعد تنظيف وتجفيف المنطقة، يليها تدليك خفيف
خلال الليل، يمكن تقطيع المنطقة المعالجة بشاش

الحفظ :

يُحتفظ به في درجة حرارية تقل عن 30° مئوية.
لا تتركوا هذا الدواء في متناول الأطفال

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie cutanée

Une application par jour, après avoir nettoyé et séché la zone concernée, suivie d'un massage léger.

Pendant la nuit, la surface traitée peut être recouverte d'une gaze.

CONSERVATION

A conserver à une température inférieure ou égale à 30°C

Ne pas laisser à la portée des enfants

LOT : 038

PER : SEP 2022

PPV : 58 DH 00

ONIFINE® 1% Crème

Terbinafine

Tube de 30 g

ONIFINE® 1%
Crème

Terbinafine



Ph.I. PHARMACEUTICAL INSTITUTE

