

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 canaux, 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 canaux.

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

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° P19- 0019210

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e) **21364**

Matricule : **22 75** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **BAHAKH BAKH** Date de naissance : **29/03/59**

Adresse : **294 AMERIS 2 NAKHIL FUD RAL**

Tél. : **061311629** Total des frais engagés : **631,90 DH**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **07/02/2020**

Nom et prénom du malade : **BENNANI ASSIA** Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Fract**

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 : **Nakhil**

Le : **07/02/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

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
07/02/2020	CS		250,00 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE EL MASSIF
Mme S. EL MASSIF
20000, Marrakech
Date: 05 24 30 30 35
Tél: 05 24 30 30 35
INPE: 072011844

07/02/2020 381,90 DHs

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

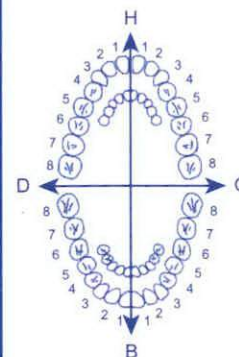
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Cabinet de Dermatologie Médicale, Chirurgicale et Esthétique

Dr. Hanane ATARGUINE

الدكتورة حنان أترݣين

Ordonnance

PHARMACIE ASSIF
Mme SECHOUA CP. Dr. NASSAF
249, Bd. El Fassi, Unité 4
Daoudiate Marrakech
Tél : 05 24 30 30 35

Marrakech, Le

07/02/2020

M. Amir BEN ANI

Alcester solution
torpille avec l'usage
R. P. de trede.

39,70

21 Fucidine Pomade

168,20

(+) 31 Argemone 1500g

1500g 3001

(x851)

Fucidine® 2%
Pommade Tube de 15g
39,70

12, Résidence ISIS 6, Route de Targa, Rue du Capitaine Arrigui, 2ème étage
(à proximité du Café la Flamme), 40000 Marrakech
إقامة ISIS 6, قرب مقهى la Flamme, طريق تاركة, زنقة الكابيتان أريݣي, الطابق الثاني رقم 12, جليز مراکش
Tél: 05 24 42 08 72 - Gsm: 06 72 69 17 77 - E-mail: hananeatarguine@gmail.com



(+) 41 Cécile dion m2m
174,00 An_{Porto}

• 51 Sebastes pour 1200
x 16 An_{Porto}
[Porto]

61 Arcom Thru_{Porto} Ech_{Porto} s_{Porto}
SPF15

120, 200 et export_{Porto} s_{Porto}

= 381,90

Dr ATARGUIRE HANANE
Médecin Généraliste
17, Rue du 16^{Sept} 16011
Rue de Constantine

Cicalfate

Crème réparatrice

PEAU ET MUQUEUSES EXTERNES
NOURRISSONS - ENFANTS - ADULTES

Irritations des couches superficielles
de la peau à la suite d'agressions
diverses (climatiques, actes dermato-
logiques superficiels...)

Propriétés :

- Le sucralfate micronisé, actif
original, favorise la réparation de
l'épiderme.
- L'association sulfate de cuivre et
sulfate de zinc limite le risque de
prolifération bactérienne.
- Riche en Eau thermale d'Avène,
Cicalfate Crème apaise les épider-
mes fragilisés.

Sa texture onctueuse s'étale facilement
et forme un film protecteur qui favorise
une réparation optimale. Elle peut
également être utilisée en couche
épaisse et en massage.

Conseils d'utilisation : appliquer 1 à
2 fois par jour sur une peau
préalablement nettoyée et séchée

TUBE SOUPLE

Pratique et résistant

Ne pas exposer à des températures
inférieures à 0 °C.

Eviter tout contact avec les yeux.

*n° EP 1 390 007 B1

Elaboré en vue de minimiser les risques de
réactions allergiques - Non comédogène.

197,94

EAU THERMALE

Avène

Cicalfate

Crème réparatrice

Repair cream



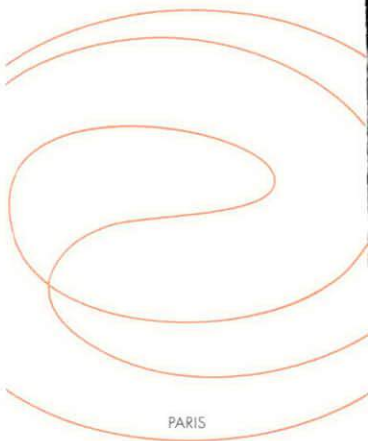
PATENTED COMBINATION*

SUCRALFATE/COPPER/ZINC

Repairing, antibacterial agents

Peaux sensibles irritées

For sensitive irritated skin



poudre pour suspension,
buvable en sachet



1g / 125 mg

AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

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

PPV: 168,20 DH
LOT: 611229
PER: 10/20

