

## 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 |

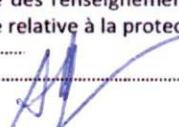
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Dosn' № W19-456092 / 06940.  
59654

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b> | <input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>         | <input type="checkbox"/> <b>Optique</b> | <input type="checkbox"/> <b>Autres</b> |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)                     |  |   |  |
| Matricule :  | 6340   | Société :                               | RAM                                    |
| <input type="checkbox"/> Actif                     | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :        | KHALID                                 |
| Nom & Prénom :                                     |  |   |  |
| AOUAD  |  |   |  |
| Date de naissance :                                |  |   |  |
| 14.10.1957   |  |   |  |
| Adresse :  |  |   |  |
|  |  |   |  |
| Tél. :   | 0654430113                                       | Total des frais engagés :               | Dhs                                    |

|   |                                   |                                   |                                 |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin  |                                   |                                   |                                 |
| Cachet du médecin :   |                                   |                                   |                                 |
| Dr. Fadwa LANLOU  |                                   |                                   |                                 |
| Dermatologue - Vénérologue  |                                   |                                   |                                 |
| Angle Bd. Anouar et Rue Abd. Krim Rais  |                                   |                                   |                                 |
| Rés. Abdelmoumen Imme. 10, 1 <sup>er</sup> étage Casa   |                                   |                                   |                                 |
| Tél.: 06 73 53 88 81 / 05 22 23 60 85   |                                   |                                   |                                 |
| Date de consultation : 22/01/2021   |                                   |                                   |                                 |
| Nom et prénom du malade : Aouad Salma Age: 26   |                                   |                                   |                                 |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : Eczema + Acne  |                                   |                                   |                                 |
| 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 : Le : 15/02/2021  
Signature de 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 |
|-------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22/01/2021 Consultation |                   |                       | 250,00                          | INP : 091259183<br>Dr. Fadwa El-Hassani                        |
| 01/02/2021 Contrôle     |                   |                       | Gratuit                         |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Pharmacie BENABDERRAHMANE              | 22.01.2021 | 946,90                |
|  | 01.02.2021 | 632,30                |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Tel: 0524 22 60 85<br>BENABDERRAHMANE               |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

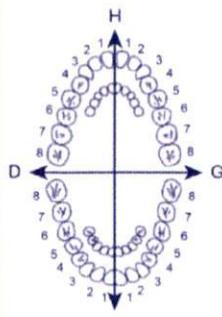
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP :                              |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|------------------------------------|
|                 |                |                  |             | INP : [REDACTED]                   |
|                 |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED] |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS [REDACTED]      |
|                 |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]       |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION [REDACTED]         |
|                 |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED] |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS [REDACTED]      |
|                 |                |                  |             | DATE DU DEVIS [REDACTED]           |
|                 |                |                  |             | DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]     |

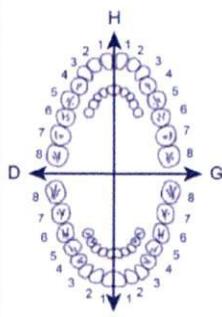


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[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

**Dr. Fadwa LAHLOU**

Dermatologue - Vénéréologue

Lauréate de la Faculté de Médecine  
de Casablanca

Ancien Interne du CHU Ibn Rochd  
Casablanca

INP:091.250.183

**الدكتورة فدوی لحلو**

أخصائية في أمراض الجلد، الشعر والأظافر  
الأمراض التناسلية

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي

ابن رشد الدار البيضاء

Casablanca, le

22/01/2021

Mme Aouad Salma

① Biotine

(3)

**Biotine Bayer 0,5 %**  
Solution injectable I.M.  
Vitamine H

**Biotine Bayer 0,5 %**  
Solution injectable I.M.  
Vitamine H

**Biotine Bayer 0,5 %**  
Solution injectable I.M.  
Vitamine H  
6 ampoules de 1 mL

② Bépanthène inj

(3b)

**Bépanthène**  
250 mg/ml, Solution injectable I.M.

**Bépanthène**  
250 mg/ml, Solution injectable I.M.  
Vitamine B5  
6 ampoules de 2 mL

**Bépanthène**  
250 mg/ml, Solution injectable I.M.  
Vitamine B5  
6 ampoules de 2 mL

1 amp Biotine + 1 Be

2 x / sem

pdt g sem

تقاطع شارع أنوال و عبد الكريم الرأيس إقامة عبد المؤمن عمارنة رقم 10  
شقة رقم 3 ، الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 23 60 85

Angle Bd. Aouad et Abdekrim Raiss Résidence Abdelmoumen Imm. 10  
1er Etage Appt. N° 3 - Casablanca - Tél: 05 22 23 60 85 - GSM : 06 73 53 88 84

**Dr. Fadwa LAHLOU**

Dermatologue - Vénéréologue

Lauréate de la Faculté de Médecine  
de Casablanca

Ancien Interne du CHU Ibn Rochd  
Casablanca



**الدكتورة فدوی لحلو**

أخصائية في أمراض الجلد، التشعر والأظافر  
الأمراض التناسلية

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي

ابن رشد الدار البيضاء

Casablanca, le ..... 01/02/2021

W, 90 x 7 Mme Aouad Salma

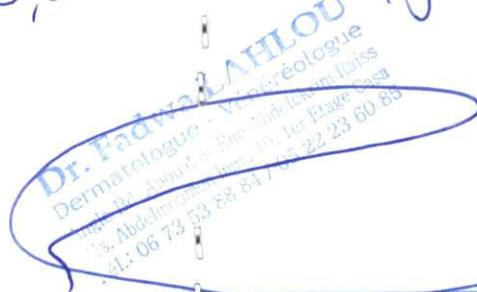
① Vit D3 B.O.N

1 amp/15 j pdt 2 mois

no. 10 x 12 1 amp/1 mois pdt 3 mois

② Tandylfex 80 mg

632,8 2 Cp/j le soir

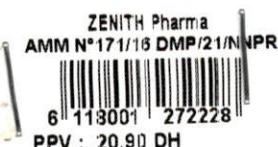
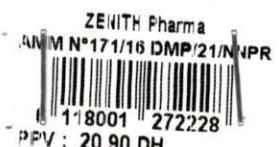
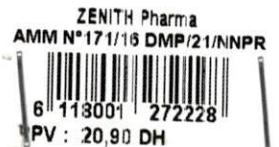
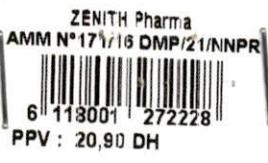
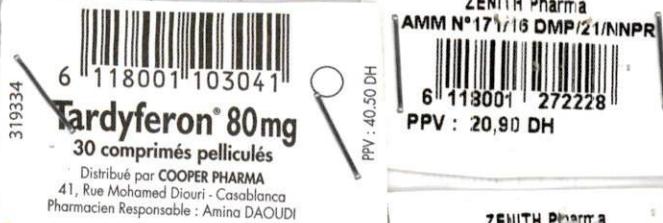


أ. د. فدوی لحلو عيادة الكريں الرئیس إقامة عبد المؤمن عمار رقم 10  
Dermatologue - Vénéréologue  
Dr. Fadwa Lahou, Avenue du Général Abd El Latif Raiss  
Appt. N° 3, 1er Etage, Casablanca  
Tél.: 06 73 53 88 84 / 05 22 23 60 86

06 73 53 88 84 . المحمول : 05 22 23 60 86 . الهاتف :

Angle Bd. Anoual et Abdekrim Raiss Résidence Abdellah Ben Haddou, App. N° 3 Casablanca - Tél.: 05 22 23 60 85 - GSM : 06 73 53 88 84





**Dr. Fadwa LAHLOU**

Dermatologue - Vénérérologue

Lauréate de la Faculté de Médecine  
de Casablanca

Ancien Interne du CHU Ibn Rochd  
Casablanca

INP:091.250.183

**الدكتورة فدوى لحلو**

أخصائية في أمراض الجلد، الشعر والأظافر

الأمراض التناسلية

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي

ابن رشد الدار البيضاء

Casablanca, le... 22/01/2021

281,0 × 3

① Tricovivax



10 pulv/j

5%

le soir

pdt 3 mois

② fortiphane

gel

2 gel/j pdt 3 mois

③ Densi

solution

12 pulv/j

le matin

pdt 3 mois

تقاطع شاور أنسوال و عبد الكريم الرايس إقامة عبد المؤمن عمار رقم 10  
شقة رقم 3 ، الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 23 60 85 - المحمول : 06 73 53 88 84

Angle Bd. Anoual et Abdekrim Raiss Résidence Abdelmoumen Imm. 10  
1er Etage Appt. N° 3 - Casablanca - Tél.: 05 22 23 60 85 - GSM : 06 73 53 88 84

16, los Pour le visage

① Locapred cream



1 app/j p dt 6j  
le soir  
pu 1 j/2 p dt 10j  
pri améti.

② Dermofix cream



2 x/j

p dt 3 sem



Tricovivax®  
Minoxidil 5%

LOT : 20272  
PER : 12/2023  
PPV : 281,00 DH



Tricovivax®  
Minoxidil 5%

LOT : 20272  
PER : 12/2023  
PPV : 281,00 DH

Tricovivax®  
Minoxidil 5%

LOT : 20272  
PER : 12/2023  
PPV : 281,00 DH

319334



6 118001 103041  
**Tardyferon® 80 mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

319334



6 118001 103041  
**Tardyferon® 80 mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

319334



6 118001 103041  
**Tardyferon® 80 mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

319334



6 118001 103041  
**Tardyferon® 80 mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

27 rue CHARRON  
93300 AUBERVILLIERS  
Tel: 0148347887  
lapharmaciecharron93@gmail.com  
N° SIRET: 85021528600012  
Code NAF: 4773Z - FR00850215286  
FRANCE

BON DE DUS No 973897

Le 25/01/2021 à 10h39  
Patient: AQUAD Salma

93300 AUBERVILLIERS

|   |           |
|---|-----------|
| BIOTINE AMP INJ IM 1ML 5MG 6<br>3400936909045 | 3 x 9,80  |
| BEPANTHENE 500MG 6AMP/2ML<br>3400930107089    | 3 x 10,20 |



\* T D \$ 0 0 0 0 1 2 4 0 2 8 \*

Op. : DA Danielle P  
(Payé)

PRIERE DE PRESENTER LE TICKET DANS LES  
45 JOURS  
MERCI DE VOTRE VISITE  
A BIENTOT