

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.

Biologie 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.

Education :

- 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 |

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.

68010

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	7201	Société :	Ram
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : FA DOUJAEN LATIFA			
Date de naissance : 08 07 1968			
Adresse : 285 CER Boussoula			
Tél. :	0661 14 6661	Total des frais engagés : 399	
Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Docteur Imane MARKOUCHE Dermatologue - Venereologue Dermatologie Esthétique Cosmatoologie 124, Rue 14 Mandarona Ain Chok - Casablanca Tel: 05 22 87 58 43 </div>			
Date de consultation : 02 MARS 2021 Nom et prénom du malade : SERRAJ MADAGUEIL Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : Dermose			
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 : *CAIRAT* Le : *04/03/2021*

Signature de l'adhérent(e) : *04/03/2021*

SS

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Types des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
Actes de Médecine	Actes de Médecine	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	<p>INP : 03.11.135101 H</p> <p>Docteur <u>Imad MRAZI</u> Dermatologue - Vénérologue N° 03.11.135101 H 14, Rue 14 Mandarona Ain Chok - Casablanca Tél: 05 22 87 58 43</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LE PHARMACIE GOLF CITY Centre commercial PCN°9 - Boulogne Télé: 01 49 54 00 00	02/03/21	597,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p><input type="text"/> 00000000000000000000000000000000</p>
			MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
			DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
			FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
<p>O.D.F</p> <p>PROTHESES DENTAIRES</p> 				<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p><input type="text"/> 00000000000000000000000000000000</p>
			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'EXECUTION

Docteur Imane MARKOUCH

Dermatologue -Vénérologue

Diplômée de l'UFR Pierre et Marie Curie-Paris VI

Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة إيمان مركوش

الاختصاصية في أمراض الجلد والتناسل

خریجه کلیہ بیبر و ماری کوری باریس 6

طيبة بمستشفيات باريس سابقا

Casablanca le :

02/03/2021

Mademoiselle SERRAJ NADA

SEBIOSKIN GEL

1appx02/j pour laver le visage

EFFACNYL CRÈME

1app le soir sur l'acné suivie de Cetaphil crème hydratante

GARDER L'ÉCRAN BAUME LABIAL ET CRÈME HYDRATANTE

SOTRET 20 MG CP



2cp le sior au milieu du repas x02mois

NAVIBLEF MOUSSE INTENSIVE CARE

HYE COLLYRE



2 gttes x03/j ds chaque oeil

NEOTONE BODY

1app le soir sur les zones sèches et/ou pigmentées

ur les zones sèches et/ou pigmen
Docteur Imane MARKOUCHE
Dermatologue - Venerologue
Dermatologie Esthétique Cosmétologie Laser
224, Rue Hassan II, 10000 Casablanca
Tél. 0524 83 58 45

STEPHEN ARMSTRONG GOFF
Centre commandant - Guelph
RDC N° 9 - Boucherville
Tél. 623-2100

Composition:

Isotrétiloïne (DCI) 20 mg

Excipients q.s. 1 capsule molle

Excipients à effet notoire: l'huile de soja,

Méthyle paraben, Propyle paraben, Propylène glycole.

Indications, Contre-indications, Posologie &

Précautions d'emploi : lire la notice à l'intérieur.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

A conserver à une température ne

dépassant pas 25°C.

Conserver dans l'emballage d'origine.

PPV: 249 DH 00

يحفظ بعيدا عن متناول و رؤية الأطفال.

يحفظ تحت درجة حرارة لا تتعدي 25 درجة.

يحفظ في العلبة الأصلية.

SOTRET® 20 mg

Isotrétiloïne



SUN
PHARMA

20 mg

30 capsules molles
Voie orale

Composition:

Isotrétiloïne (DCI) 20 mg

Excipients q.s. 1 capsule molle

Excipients à effet notoire: l'huile de soja,

Méthyle paraben, Propyle paraben, Propylène glycole.

Indications, Contre-indications, Posologie &

Précautions d'emploi : lire la notice à l'intérieur.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

A conserver à une température ne

dépassant pas 25°C.

Conserver dans l'emballage d'origine.

PPV: 249 DH 00

يحفظ بعيدا عن متناول و رؤية الأطفال.

يحفظ تحت درجة حرارة لا تتعدي 25 درجة.

يحفظ في العلبة الأصلية.

SOTRET® 20 mg

Isotrétiloïne



SUN
PHARMA

20 mg

30 capsules molles
Voie orale

Hye

Sodium hyaluronate 0.4%

Lubricating ophthalmic solution

Composition: Sodium hyaluronate 0.4%, dibasic sodium phosphate; monobasic sodium phosphate; sodium chloride; benzalkonium chloride; sodium edetate; water WFI.

The lubricant, moisturising and protective qualities of sodium hyaluronate relieve irritation, dry, burning and foreign body sensations in the eyes due to environmental elements such as wind, sun, dry air, salt water, smoke, excessive light, air conditioning, heating, prolonged use of computer or ocular surgery, conjunctivitis, contact lens use.

The product should be used within 30 days from first opening.

Keep out of the reach and sight of children. The product is for external ophthalmic use only. Do not use after the expiry date.



FARMIGEA S.p.A.
Via G.B. Oliva, 8
56121 PISA, Italy/Italie

Importateur: BzS Health Services, Villa 44,
lotissement AL Hanaa, Hay Nahda 2 - Rabat



STERILE A

CE 0546



PPC 99,00 DH

LOT 0200620
2022 06