

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

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-556147

69492 CX

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0895

Société : Royal Dan Marc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEKKARI

Date de naissance : 18.5.1972

Adresse : 54 Rue Paris Rabat

Tél. : 066 150 04 00 05 37 63 78 35

Total des frais engagés : 829,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21.03.2021

Nom et prénom du malade : Chéloïde du thorax Age:

Lien de parenté :

Lui-même BEKKARI Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Chéloïde du thorax

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 : 31/3/2021 Le : 21/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-556147

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
31.03.21	62	2	300.00	INP : Ab1036644 Dr. Saïd BOUHEMAD DERMATOLOGUE 56 Av. Allal Ben Abdellah-Rabat Tél: 05 37 70 43 90

EXECUTION DES ORDONNANCES		Date	Montant de la Facture
		31.03.21	25.50
		31.03.21	500.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

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 :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

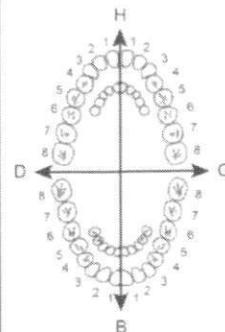
FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

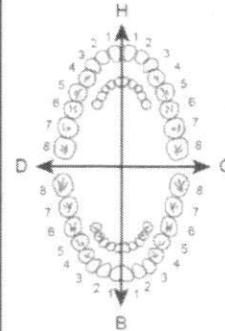
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	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 بوهلال
اختصاصي في أمراض الجلد
وأمراض الشعر
والأمراض التنسالية
خريج كلية الطب بتولوز

Rabat le 31.03.21 الرباط في

BEKKARI
Anis

25.50

- TOPSYNE GEL

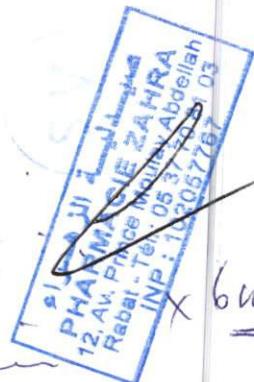
252.00 x 2 le mat

- KELO COTE cream

— le mat

= 504.00

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



6 min

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

Indicaciones de uso:

Kelo-cote® Gel está indicado para el manejo de cicatrices recientes o antiguas, incluyendo cicatrices hipertróficas y queloides, originadas por procedimientos quirúrgicos en general, traumatismos, heridas y quemaduras.

Indicaciones: Kelo-cote® está indicado para la aplicación en cicatrices hipertróficas, incluyendo cicatrices, procedimientos quirúrgicos, trauma, heridas y quemaduras.

KELO-COTE®



Verewendungszweck:
Kelo-cote® ist für die Behandlung alter und frischer Narben, einschließlich hypertropher Narben und Keloiden, nach allgemeinen chirurgischen Eingriffen, bei Verletzungen, Wunden und Verbrennungen bestimmt.

Indication de l'utilisation: Kelo-cote® est indiqué pour le traitement d'anciennes et de nouvelles cicatrices, incluant les cicatrices hipertrófiques et les chéloïdes, résultant d'interventions chirurgicales, de traumatisations, de plaies et de brûlures.

Indicaciones: Kelo-cote® es indicado para la aplicación en cicatrices recientes e antiguas, incluyendo cicatrices hipertróficas y queloides, resultantes de procedimientos quirúrgicos, trauma, heridas y quemaduras.

Gel pour cicatrices

Scar gel



Utilizzatore: Kelo-cote® è un trattamento per cicatrici ipertrófiche e cheloidi, conseguenti ad interventi chirurgici, trauma, ferite e ustioni.

Gel pour cicatrices

Gel pour cicatrices

Gel pour cicatrices

Gel zur

Narbenbehandlung



Intendé pour l'utilisation: Kelo-cote® est destiné pour le management of old and new hypertrophic and keloid scars resulting from general surgical procedures, trauma, wounds and burns.

Intendido para el uso: Kelo-cote® es destinado para el manejo de cicatrices hipertróficas y queloides, resultantes de procedimientos quirúrgicos, trauma, heridas y quemaduras.

Gel para cicatrices

Gel para cicatrices

Gel para cicatrices

Gel zur

Narbenbehandlung

Importateur Exclusif
BIOCODEX MAROC

252,60

UE 49/2016/DMP/20/DM

ACL 9831547
KG011707/1
CN 1159767.0

ALLIANCE

www.kelo-cote.com

EEC REP
Device Authorised
Representative

Alliance Pharma S.r.l. Viale Restelli
5, 20124 Milano, Italy

Advanced

Bio-Technologies, Inc
600 Tampa Kennedy Blvd, Suite

USA

Indicaciones de uso:

Kelo-cote® Gel está indicado para el manejo de cicatrices recientes o antiguas, incluyendo cicatrices hipertróficas y queloides, originadas por procedimientos quirúrgicos en general, traumatismos, heridas y quemaduras.

Indicaciones: Kelo-cote® está indicado para la aplicación en cicatrices recientes e antiguas, incluyendo cicatrices hipertróficas y queloides, resultantes de procedimientos quirúrgicos, trauma, heridas y quemaduras.

KELO-COTE®



Verewendungszweck:
Kelo-cote® ist für die Behandlung alter und frischer Narben, einschließlich hypertropher Narben und Keloiden, nach allgemeinen chirurgischen Eingriffen, bei Verletzungen, Wunden und Verbrennungen bestimmt.

Indication de l'utilisation: Kelo-cote® est indiqué pour le traitement d'anciennes et de nouvelles cicatrices, incluant les cicatrices hypertrophiques et les chéloïdes, résultant d'interventions chirurgicales, de traumatisations, de plaies et de brûlures.

Indicaciones: Kelo-cote® es destinado para la aplicación en cicatrices recientes y antiguas, incluyendo cicatrices hipertróficas y queloides, resultantes de procedimientos quirúrgicos, trauma, heridas y quemaduras.

Gel pour cicatrices

Scar gel



Importateur Exclusif

BIOCODEX MAROC

252, 60

UE 49/2016/DMP/20/DM

e

- Gel pour cicatrices
- Gel per cicatrici
- Gel para cicatrices
- Gel zur Narbenbehandlung

Indications: Kelo-cote® est indiqué pour le traitement d'interventions chirurgicales, trauma, heridas y quemaduras.

Intended use: Kelo-cote® is intended for the management of old and new, hypertrophic and keloid scars resulting from general surgical procedures, trauma, wounds and burns.

Utilizzo: Kelo-cote® è un trattamento per cicatrici ipertrófiche e cheloidi.

Conseguenze di interventi: conseguenti ad interventi quirúrgicos, trauma, ferite e ustioni.



ACL 9831547
KG011707/1
CN 1159767.0

EEC REP
Device Authorised
Representative
Alliance Pharma S.r.l. Viale Restelli
5, 20124 Milano, Italy

www.kelo-cote.com

15g



ALLIANCE



4850 West Kennedy Blvd, Suite
600, Tampa, Florida 33609 USA

nuance de l'indusse et notamment le psoriasis, les parakératoses, les excrétions.

Posologie

(voie dermique)

Selon prescription médicale. En général, 2 applications par jour.

Précaution d'emploi

En cas d'infection surajoutée, une thérapeutique antibactérienne ou antifongique locale complémentaire s'impose.

الإكراها أو المستورة المائية بالماء أو المستورة والملحية بالماء أو الماء والملحية بالماء بالماء أو الماء والماء بالماء

الاستعمالات - الملكة (الشديدة)

الاستعمالات - الملكة (الشديدة)

في حالة تغص بحسب إرشادات الطبيب

في حالة تغص بحسب إرشادات الطبيب

في حالة تغص بحسب إرشادات الطبيب

6



30

جليد ٣٠



جليد ٣٠

Topsyne GEL
Gel dermique, tube de 30g
Liste I



NE PAS AVALER

Liste I

Composition
Fluocinonide 25 mg
Excipients q.s.p 100 g
Ne peut être délivré que sur ordonnance médicale

Fabriqué par **Polymédic**
Rue Amrou d'Yville Quartier Assalane, CASABLANCA - MAROC
Dr M. HOUBACHI - Pharmacien Responsable

A conserver à une température ne
dépassant pas 25°C.
A conserver à l'abri de l'humidité et de
la lumière, hors de la portée et de la vue
des enfants.

بعض في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة
بعيدا عن مرأى ومتناول الأطفال

GEL
TOPSYNE
FLUOCINONIDE

TOPSYNE GEL
FLUOCINONIDE

25,50