

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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.

taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

adie 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

71745

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : MA11 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL Aouaizi Rachid

Date de naissance : 07-10-1977

Adresse :

Tél. : 0661782552 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/03/2021

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

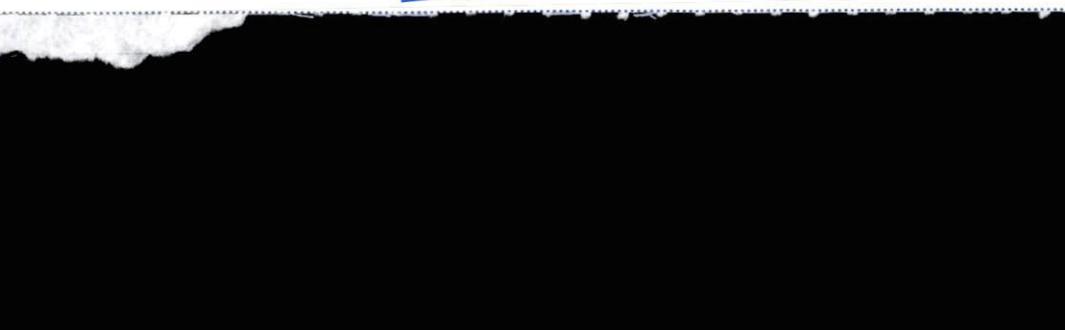
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les enseignements 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : 



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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W19-563094

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL Aouni Khoulou D

Date de naissance :

01-10-1977

Adresse :

196 Rue Leonard Divinci n°8 DSS
Leonard Divinci
0661182007

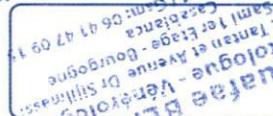
Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

11/03/2021

Nom et prénom du malade :

EL Aouni Khoulou D

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Psoriasis

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 : Casablanca

Le : 11/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-563094

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 :	EL AOUNI KHOULOU D
Nom de l'adhérent(e) :	EL Aouni Khoulou D
Total des frais engagés :	0
Date de dépôt :	11/03/2021

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
11.03.21	C	1000000	360,00	INP : 69M198762

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Puériculteur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE 153 Rue Sidi Baba (Bd Day Ould Ghellal - Casablanca Tél: 2522 2618 07	11/3/21	1153 Rue Sidi Baba 153 Rue Sidi Baba 3d 33y Ould Sidi Baba 3rd Ghellal Casablanca 560,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 : <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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	$ \begin{array}{r} \text{H} & 25533412 & 21433552 \\ \text{D} & 00000000 & 00000000 \\ \hline \text{B} & 00000000 & 00000000 \\ & 35533411 & 11433553 \end{array} $ <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>



Médecine esthétique - Cosmétologie - Lasers

Maladies et chirurgies de la peau, cheveux et ongles

Maladies sexuellement transmissibles - Allergies - Brûlures

Diplôme de dermatologie esthétique, cosmétologie et lasers - Besançon

Diplôme de dermatologie pédiatrique - Montpellier

Diplôme de dermatologie et maladies du système - Paris

طب التجميل والعلاج بالليزر

أمراض و جراحة الجلد و الشعر والاظافر

الامراض المتنقلة جنسيا - الحساسية - الحروق

دبلوم طب التجميل والعلاج بالليزر - بيزنسون

دبلوم الأمراض الجلدية عند الأطفال - مونبولي

دبلوم الأمراض الجلدية والباطنية - باريس

Casablanca le :

الدار البيضاء في :

11/03/2021

PHARMACIE WATO
153, Rue Habacha
(Bd Day Ould Sidi Baba)
Ghellaïf - Casablanca
Tél: 0522 25 16 07

Mme EL AOUNI Khouloud

TETRALYSAL GELULE 300

1 gelule par jour le soir apres le repas

EPIDUO GEL

le soir sur le front pdt 2 h puis rincer

CICAPLAST BAUME B 5

le soir sur le visage



PHARMACIE WATO
153, Rue Habacha
(Bd Day Ould Sidi Baba)
Ghellaïf - Casablanca
Tél: 0522 25 16 07



PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE, 15/03/2021

PHARMACIE WATO
153, Rue Habacha
(Bd Day Ould Sidi Baba)
Ghellaïf - Casablanca
Tél: 0522 25 16 07

Dr. Ouafae BENHIBA
Dermatologue - Vénérologue
Angle Bd. Tantan et Avenue Dr Sijlmassi
Rés. Sami 1er Etage - Bourgogne
Casablanca
Tél: 0522 36 55 77 / Gem: 06 41 47 09 13

زاوية شارع طاطن و شارع الدكتور سليمانس (شارع المنار سابقا)، اقامة سامي، الطابق الاول، شقة 3، بوربون - الدار البيضاء
Tél: 05 22 36 55 77 / 06 41 47 09 15 - E-mail : drbenhiba@gmail.com

الهاتف: 05 22 36 55 77 - البريد الالكتروني : drbenhiba@gmail.com

Galderma
غالديرما

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69.00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc
6 118001 070800



تتراليزال

Tetralysal®
Tymécycline

لسيسيكلين

300 mg
مليغ 300

16 كبسولة
16 GELULES

عن طريق الفم
Voie orale

N° de lot de fabrication :
رقم حصة الصنع

843

Date limite d'utilisation :
التاريخ الأقصى للاستعمال

03 2023

Galderma
غالديرما

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69.00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc
6 118001 070800



تتراليزال

Tetralysal®
Tymécycline

لسيسيكلين

300 mg
مليغ 300

16 كبسولة
16 GELULES

عن طريق الفم
Voie orale

N° de lot de fabrication :
رقم حصة الصنع

843

Date limite d'utilisation :
التاريخ الأقصى للاستعمال

03 2023

Galderma
غالديرما

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69.00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc
6 118001 070800



تتراليزال

Tetralysal®
Tymécycline

لسيسيكلين

300 mg
مليغ 300

16 كبسولة
16 GELULES

عن طريق الفم
Voie orale

N° de lot de fabrication :
رقم حصة الصنع

843

Date limite d'utilisation :
التاريخ الأقصى للاستعمال

03 2023

Galderma
غالديرما

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69.00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc
6 118001 070800



تتراليزال

Tetralysal®
Tymécycline

لسيسيكلين

300 mg
مليغ 300

16 كبسولة
16 GELULES

عن طريق الفم
Voie orale

N° de lot de fabrication :
رقم حصة الصنع

843

Date limite d'utilisation :
التاريخ الأقصى للاستعمال

03 2023

Galderma
غالديرما

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69.00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc
6 118001 070800



تتراليزال

Tetralysal®
Tymécycline

لسيسيكلين

300 mg
مليغ 300

16 كبسولة
16 GELULES

عن طريق الفم
Voie orale

N° de lot de fabrication :
رقم حصة الصنع

843

Date limite d'utilisation :
التاريخ الأقصى للاستعمال

03 2023

Galderma
غالديرما

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69.00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc
6 118001 070800



تتراليزال

Tetralysal®
Tymécycline

لسيسيكلين

300 mg
مليغ 300

16 كبسولة
16 GELULES

عن طريق الفم
Voie orale

N° de lot de fabrication :
رقم حصة الصنع

843

Date limite d'utilisation :
التاريخ الأقصى للاستعمال

03 2023

Epiduo, gel

adapalène / peroxyde de benzoyle

GEL

voie cutanée

غ

30 g

GALDERMA



إيديو، هلام

أدابلين / بيروكسيد البنزويل

هلام

غ

30 g

عبر الجلد

EPIDUO GEL

Tube de 30 g



PPV: 146,60 DH

AMM N°02 / 14 DMP / 21 / NRQ

Distribué par SOTHEMA

B.P. N°1,27182-Bouskoura



6 118001 071692

GALDERMA

غالديرما

