

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.

Radioologie 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.

N° M21- 042771

95562

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0558

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : PACIFICO BENJELLOUN christiane

Date de naissance : 03/01/45

Adresse : 22 Rue ABOU ABBÈS AZFÈI Maârif

Extension CASA

Tél. : 0664 630249 Total des frais engagés : 616,45 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/11/21

Nom et prénom du malade : Mme PACIFICO BENJELLOUN Age : 75

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 29/11/21

Pacifico



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
20. M	a		250 DR	
21				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Madame BARTAL FATIMA Montant de la Facture Pharmacie Acharaf Rabat - Maroc - Marly Casablanca - Tel : 0522 25 22 09
<i>Madame BARTAL FATIMA</i> <i>Rue Soukia - Casablanca</i> <i>Tel : 0522 25 22 09</i>	<i>29/11/21</i>	<i>394,45</i>

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

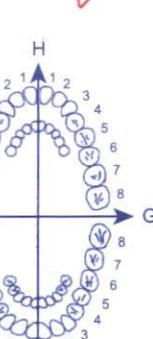
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	<p>H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px;">25533412</td> <td style="width: 50px;">21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2">11433553</td> </tr> </table> <p>D G</p> <p>B</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000		35533411		11433553		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000														
35533411														
11433553														
<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur LOCATELLI Colette

Dermatologie - Vénérologie
Médecine Esthétique

Diplômée de la Faculté de Médecine
De BESANCON

Spécialiste des Maladies de la Peau
et du Cuir Chevelu

الدكتورة كوليت لوكاتيلي

خريجة الطب ببزنسون - فرنسا

اختصاصية في أمراض الجلد

و الشعر و الأمراض التناسلية

طب التجميل

Casablanca le: 28/11/2012

28,00 D. BENJELLOUH.

Pacifica. Casablanca

AGD ERG Ameur

1's

à délivrer

(demain SOIR)

SOIR (7 JOURS)

366,45

LAIT LCA

dépassement

= SOIR

(8mas)

Madame
Pharmacie BARTAL
Casablanca - Rue Soukra - Maârif
Tel: 0522 23 45 75 / 08 74
Fax: 0522 23 45 75 / 08 74
Mobile: 06 67 77 73 77

S.P.

LOCATELLI Colette
Spécialiste des Maladies de la Peau et du Cuir Chevelu

E-mail : locatellolette@yahoo.fr

45, Rue de l'Atlas - Maârif - Casablanca - Code Postale: 20330 - Tél.: 0522 23 45 75/23 08 74 - Mobile : 06 67 77 73 77
45، زنقة الأطلس - معاريف - الدار البيضاء-رمز البريد : 20330 - الهاتف : 0522 23 45 75/23 08 74 - المحمول : 06 67 77 73 77



Fabriqué par le

Laboratoire Pharmaceutique NOVOPHARMA

Z.I 12 Tizi Mellil Casablanca - Maroc

مصنوع من طرف المختبر الصيدلي نوفوفارما
الدار البيضاء - المغرب

لا يبتلع

Respecter les doses prescrites احترم дозات прописанные

Tableau A Liste I

LOT : 294
PER : 03/24
PPV : 28.00 DH

AGIDERM®

Acide fusidique 2%

15 g

Crème

Voie cutanée



LABORATOIRE PHARMACEUTIQUE
NOVOPHARMA

Composition :
Acide Fusidique 0.315g

Excipients Q.S.P pour un tube de 15g
Excipients à effet notable : Glycérine ; Alcool cetostearylque,
Hydroxybenzoate méthyle, Hydroxybenzoate de propyle

A conserver à une température inférieure à 25°C

7jours après ouverture à une température inférieure à 25°C

Lire la notice avant utilisation

Tenir hors de la portée des enfants

التركيبة :
 حمض الفوسفیديك 0.315 جرام
 سواع 15 جم
 كاك لانثين 15 جم
 سواع ذو تأثير معروف الجلسرن . كحول ستيوكسيليك هيدروكسي بنزوات
 الدهنيبل ، هيدروكسي بنزوات بربولي
 يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية
 احتفظ به 7 أيام بعد الاستعمال الأول في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية
 وبخفة بعيدا عن متناول الأطفال
 قبل الاستخدام
 اقرأ المنشورة قبل الاستخدام

AGIDERM® 2%

Crème

Tube de 15 g



6 118001 010202



اجيدرم®

مرهم

حمض الفوسفیديك 2%

15 جم

عن طريق الجلد

المختبر الصيدلي نوفوفارما

م.ص تيط مليل الدار البيضاء - المغرب

EXP: 07/2023
PROD: 07/2020
R20606/20192001

3 700839 900034



30463

Whitening milk

Lait éclaircissant

Docteur LOCATELLI Colette

Dermatologie - Vénérologie
Médecine Esthétique

Diplômée de la Faculté de Médecine
de BESANÇON

Spécialiste des Maladies de la Peau
et du Cuir Chevelu

الدكتورة كوليت لوكاتيلي

خريجة كلية الطب بيزنسون - فرنسا

اختصاصية في أمراض الجلد

والشعر والأمراض التناسلية

طب التجميل

Casablanca le, 29 M 21

NOTE d'HONORAIRES

Je soussignée, certifie avoir reçu la somme de :

DH, 250 DA

De la part de Mme - Mlle ou Mr

PACIFICO BENYOUNIS
CHRISHANI

Pour consultation au Cabinet.

Fait à CASABLANCA, le 29 M. 21

