

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.



Declaration de Maladie

N° W21-686084

122836

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11792 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Benkoudia Salim

Date de naissance : 26 au 1978

Adresse : Residence Daris IMM OG APPOL

Ain Sebaa

Tél. : 0661513001 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10 08 2021

Nom et prénom du malade : A. D. T. A. J. K. H. S. L. A.

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : D. S. M. S. L. A.

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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.

RELEVÉ 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
16/02/22	Examen	1	5050	INP : 094131234567

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ...	16/02/22	1. = 338,30

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		
	H														
	25533412 00000000	21433552 00000000													
	D	G													
	00000000 35533411	00000000 11433553													
	B														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur Abdelilah ABBOUR

Spécialiste

Dermatologie - Vénérologie

Chirurgie Dermatologique

Traitement au Laser

الدكتور عبد الإله عبور

أخصائي

أمراض الجلد والشعر

والأمراض التناسلية

جراحة الجلد

العلاج بالليزر

Casablanca, le :

10.06.2022

الدار البيضاء في :

Dr. Abdelilah ABBOUR

205,50

1 Skin gel



40,50

1 Effort cream



27,30

1 Keston



65,00

1 Cic cream



T. = 338,30

إقامة المجد، عمارة F الطابق الثاني - شارع القدس الإنارة 1 عين الشق - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 50 68 68 - الفاكس: 05 22 50 50 07

Résidence EL Majd, Imm. F 2ème Etage Bd. El Qods - INARA I - Ain Chock - Casablanca - Tél.: 05 22 50 68 68 - Fax: 05 22 50 50 07

LOT: 0074
EXP: FEV 2024
PPV: 40,50 DH



Efficort® Hydrophile 0,127%, crème
Tube de 30 g
AMM N°: 59 SG/42



6 118000 020448

LOT: 21E010
PER: 11 2024

KEIODERM 2%
CRÈME 1 10G
P.P.V.: 27DH30



6 118000 010920

Précautions d'emploi :

Ne pas avaler et tenir hors de portée des enfants.

Eviter le contact avec les yeux.

Ne pas utiliser en cas de sensibilité à l'un des constituants

A conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité et à température ambiante.

Ingrédients :

Centella asiatica extract

Allantoin

Essential oil

Ce n'est pas un médicament c'est un produit cosmétique

Pe 30ml



CE N° 232102018/UPCHC/DMP20

Fabriqué par :
PHARMA SPECTRA COSMETICS
205 BD MOHAMED BOUZIANE
RES FARHATINE 11, N° 03
CASABLANCA- MAROC



NM ISO 22716 - 2012



NM ISO 22716 - 2012

CICATRISEPT[®]

Crème

PPC: 65 Dh

Crème à usage externe

CICATRISEPT[®]

Répare, renforce et cicatrise

CICATRISEPT[®]

Crème réparatrice

Propriétés:

CICATRISEPT est une émulsion hypoallergénique réparatrice, véritable réparateur végétal.

Cette crème aide à la reconstruction de l'intégrité de la peau : apporte du confort en assouplissant la peau et en soulageant les tiraillements liés à la cicatrisation.

Utilisations :

Appliquer la crème sur les lésions après désinfection et suivant le rythme des pansements.

CICATRISEPT[®]

Tube de 30ml



6 111251 900090

Crème à usage externe

CICATRISEPT[®]

Répare, renforce et cicatrise

LOT: 01/20
PER: 01/2023