

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.

N° W21-686084

122836

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 11792 Société : RAN			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Benkoudia Salims
Nom & Prénom : 26.01.1978			
Date de naissance : 26.01.1978			
Adresse : Residence Daris IMM OG APP 104			
Ain Sebaa			
Tél. : 0661513001 Total des frais engagés :			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 10.08.2021			
Nom et prénom du malade : Agor			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfan
Nature de la maladie : Dystonie			
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'adjudicatif du 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) :

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
1602-2022	Acte de consultation	1	5000	INP : 09102022

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Réf. 111111111111 Ain Séba 2 Tél. 022 666 55 51</i>	16/08/82	1. = 338,30 D

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
		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.

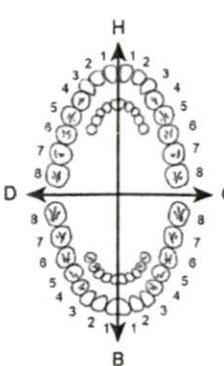
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
D	G													
00000000	00000000													
35533411	11433553													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Abdelilah ABOUR

Spécialiste

Dermatologie - Vénérologie

Chirurgie Dermatologique

Traitements au Laser

الدكتور عبد الله عبور
أخصائي

أمراض الجلد والشعر
والأمراض التناسلية
جراحة الجلد
العلاج بالليزر

Casablanca, le :

10.06.2022

205,50

Dr SKIN gel



40,50

Effract cream hydrogel

1 AG, Dr Zeng

1 AG, Dr Zeng

27,30

Kotader cream



65,00

1 AG

Dr Cica cream



T. = 338,30

1

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

PER-N-2024
LOT: 21E010

KETODERM 2%
CREME T TOG
P.P.V : 27D030

6 118000 010920
Barcode

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



6 118000 020448

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



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 cicatrice

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 cicatrice

CICATRISEPT®

Crème réparatrice

PER : 01/2023