

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-628682

123966

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

8522

Société :

RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BAKCI AHMED

Date de naissance :

05

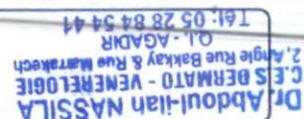
Adresse :

052336338

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

07 JUL. 2022

Nom et prénom du malade :

Baiki Alain

Age :

Lien de parenté :

lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dem alor

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.

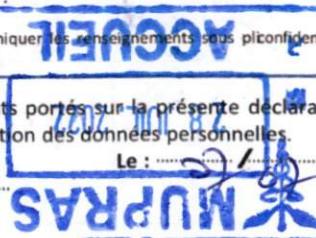
Fait à :

Allal Ben Abdellah

Le : 05/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :

BK

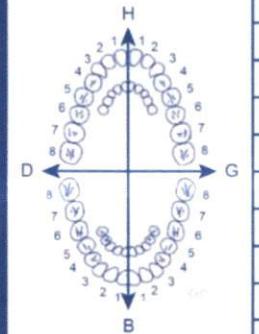


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/01/2011	Ca	1	270,00	INP : INP-041115411 Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
PHARMACIE CHaab Mme. N. KHYATI HARRAK Rue Pt. Bekkai Q.I. - AGADIR Tél: 05 28 84 75 84	17/01/2011	21,40	

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
			180,85

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

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 : _____												
																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
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 _____																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Dr NASSILA ABDOUL-ILAH

Spécialiste diplômé de la faculté de médecine de NANCY

Membre de la société française de Dermatologie

Maladies de la Peau, Cuir Chevelu, Ongles

Maladies sexuellement transmises

DIU Dermatologie Pédiatrique

Dermatologie Esthétique

تور نسيلة عبد الله

صي خريج كلية الطب بناسسي

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجلد

أمراض الجلد والشعر والأظافر

الأمراض الجنسية المعدية

أمراض الجلد عند الأطفال

طب تجميل الجلد

Agadir, le : 07 JUL. 2022 أكادير، في :

Dermoval
Tube de 10 g
0,05 % CREME

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 17,40 DH
ID: 648406
6 118000 161295

Ackaki

Ahmed

(i's) Dermoval

Creme

17/00

(i's)

Perfection cliva

17/00

57/2

Creme

17/00

19/00

(i's) mask

PHARMACIE CHaab
Mme. N. KHIYATI HARRAK
Rue Pt. Bekkai Q.I. - AGADIR
Tél: 05 28 84 75 84



كش و زنقة البكاي عمارة أوبردار 00020 أكادير
2, angle rue de Marrakech et rue Bekkay Immeuble O

Tél : 05 28 84 54 41 - E-mail : abdnas@y

INP : 041115411 - ICE : 001577981000017

PENTACICLINA

crème

2 (août)



**lenitiva,
calmante,
disarrossante**

**soothing,
calming,
anti-redness cream**

**crème
apaisante
et anti-rougeurs**

crème

Il peut être utilisé dans tous les cas où la peau des adultes et des enfants a besoin des processus apaisants accentués causée par de rougeurs et exfoliations.

Mode d'utilisation : appliquer la crème sur les zones à traiter et masser doucement jusqu'à absorption complète. Répéter le traitement 2/3 fois par jour. Utilise par les personnes âgées ou les enfants qui utilisent des serviettes hygiéniques, répéter l'application à chaque changement.

USAGE EXTERNE ÉVITER LE CONTACT AVEC LES YEUX

La durée de vie du produit après son ouverture dépend de son stockage dans des conditions normales et correctes.



F56

3

crema

Utile in tutti i casi in cui la cute di adulti e bambini necessita di processi lenitivi accentuati a causa di arrossamenti e desquamazioni e in presenza di disconforto cutaneo.

Modo d'uso: applicare la crema sulle zone cutanee interessate massaggiando delicatamente fino a completo assorbimento. Ripetere il trattamento 2/3 volte al giorno.

Nel caso venga usata da anziani o bambini che utilizzano pannolini igienici, ripetere l'applicazione ad ogni cambio degli stessi.

Ingredienti: AQUA - ETHYHEXYL PALMITATE - ECHINOPHYLLA PLANTAGINEUM SEED OIL - GLYCERIN - CYCLOPENTASILOXANE - OCTYLDECOEANOL - PEG-40 HYDROGENATED CASTOR OIL - CAROSPERMUM HALICACABUM FLOWER/LEAF/VINE EXTRACT - DIMETHICONE - DODECYL KYLOSIDE - PEG-80 POLYHYDROXYSTEARATE - BISERICOLATE MAGNESIUM SULFATE - PHENOXYETHANOL - GLYCERYL OLEATE - BUTYLENE GLYCOL PARFUM - PROPYLENE GLYCOL - DIMETHICONES CROSS-POLYMER - ETHYLPARABEN - METHYLPARABEN - BHT - HEXYLENE GLYCOL - BHA - PUERARIA lobata Root Extract - UNALCOOL - COUMARIN - ALPHASISOMETHYLIONONE - PROPYLPARABEN - BUTYLPARABEN - CITRONELLOL - HYDROXYISOBUTYL 3-CYCLOHEXENE CARBOV радио-CHAMYL ALCOHOL - PENYLENE GLYCOL - LIMONENE - CITRIC ACID - ASCORBYL PALMITATE - ORGANUM VULGARE LEAF EXTRACT.

USO ESTERNO - EVITARE IL CONTATO CON GLI OCCHI

La durata del prodotto, una volta aperto, è riferita alla sua conservazione nelle normali e corrette condizioni d'uso.

**MADE IN ITALY by
PENTAMEDICAL s.r.l.**

Importateur
et Distributeur
exclusif
au Maroc :
PMPHARMA



It can be used in all cases in which the skin of adults and children needs accentuated soothing processes due to reddened and scaly skin.

How to use:
apply the cream on the affected skin areas and gently massage until completely absorbed.

Repeat treatment 2/3 times a day. It should be used by the elderly or children who use sanitary napkins, repeat the application at each change of them.

FOR EXTERNAL USE AVOID CONTACT WITH EYES

Once opened, the product life refers to its conservation in normal and correct use conditions.

**30 ml
1.0 fl.OZ.**