

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

12345

Société :

RAT

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ABERCHANE NARJISS

Date de naissance :

11/01/1988

Adresse :

Dép. de TAJ Nouaceur Casablanca

Appr. de Nouaceur Casablanca

0662509646

Total des frais engagés : 956,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ABERCHANE NARJISS Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

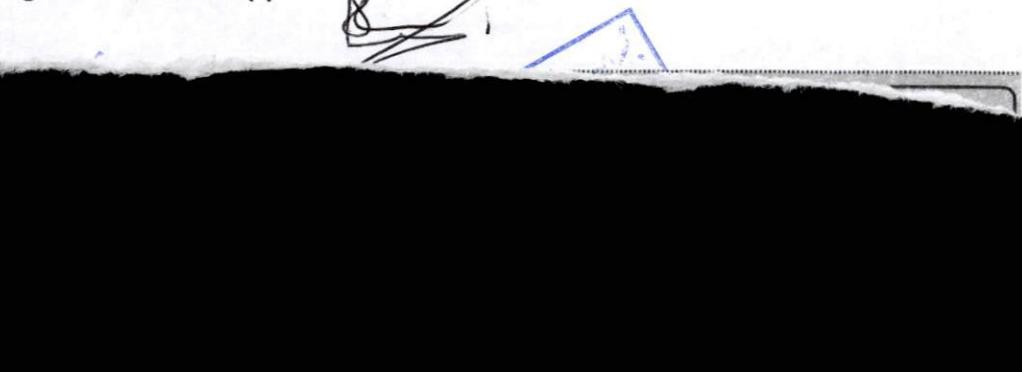
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 09/12/2012

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
09/12/2022	CS		300,00	INP : 701101639

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INP : 102071941	09/12/22	243,00
	09/12/22	113,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

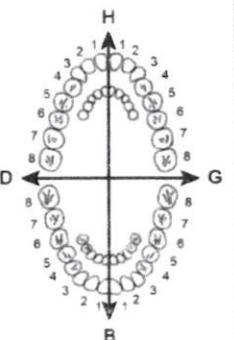
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

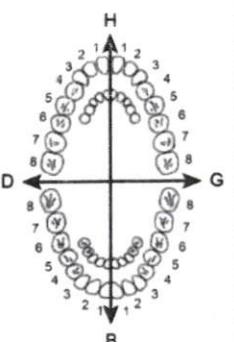
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Docteur Zoubida ALIOUA ép. Sandi



الدكتورة زبيدة عليوة ح الصندي

طبيبة اختصاصية سابقاً بالمستشفى العسكري بالرباط

(نساء - رجال - أطفال)

اختصاصية في أمراض الجلد والشعر والأظافر

اختصاصية في الأمراض المتنقلة جنسياً والحساسية

جراحة الجلد - طب التجميل

العلاج بالليزر

Ex. Médecin Capitaine Dermatologue

à l'Hôpital Militaire de Rabat

DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE

(Femmes - Hommes - Enfants)

Spécialiste des Maladies de la Peau, des Cheveux, des Ongles

Spécialiste des Infections Sexuellement Transmissibles

Chirurgie Dermatologique - Médecine Esthétique

Traitements par LASER

الرباط في : Rabat 29/12/2022

Mme ABARCHANE NARJISS

٤٠٢٥٥٦

1 - TARDYFERON 80MG

1 Comprimé par jour PENDANT 6 MOIS

2 - CAPIDERMA CAPIPHAN GELULE

1 capsule par jour pendant 2 mois

Dr ZOUBIDA ALIOUA
Dermato - Vénérologue
8, Rue Amman - Rabat
Tél: 0537703529 GSM: 0655332829

8, زنقة عمان، شارع علال بن عبد الله، درج س الطابق الثالث الرباط - (أمام فندق الملكي)

8, Rue Amman, Av. ALLAL Ben Abdellah, Escalier C, 3ème étage - RABAT (Face à l'hôtel Royal)
الهاتف : 05 37 70 35 42 - التلفا : 06 55 39 29 29 البريد الإلكتروني : Email : zoubida.alioua@gmail.com Gsm : 061634498000062 - INP : 101101632

319334



Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334



Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334



Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334



Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334



Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334



Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334



Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

Docteur Zoubida ALIOUA ép. Sandi

Ex. Médecin Capitaine Dermatologue

à l'Hôpital Militaire de Rabat

DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE

(Femmes - Hommes - Enfant)

Spécialiste des Maladies de la Peau, des Cheveux, des Ongles

Spécialiste des Infections Sexuellement Transmissibles

Chirurgie Dermatologique - Médecine Esthétique

Traitements par LASER



الدكتورة زبيدة عليوة ح الصندي

طبيبة اختصاصية سابقاً بالمستشفى العسكري بالرباط

نساء - رجال - أطفال

اختصاصية في أمراض الجلد والشعر والأظافر

اختصاصية في الأمراض المتنقلة جنسياً والحساسية

جراحة الجلد - طب التجميل

العلاج بالليزر

Rabat le :

09/12/2022

الرباط في :

Mme ABARCHANE NARJISS

1 - Eptapso CREME 30

1 X/FOIS /1 COUDE

2 - Dermoval CREME

Chaque Jour(s), 1 APPLICATION par jour, pendant 15 Jours SUR LE

3 - CHOLLEY CLEARING GEL CREME

1FOIS par jour le soir

4 - EXACYL 250MG

1 Comprimé 2X par jour PENDANT 2 MOIS

5 - ROGE CAVAILLES DERMO-UHT HUILE LAVANTE

toilette quotidienne bien rincer

6 - AVENE TOLERANCE CONTROL CREME

2 Applications par jour sur le visage

7 - KETODERM SACHETS

2 sachets par semaine laisser agir 10 mn et rincer pendant 1 mois PUIS 1 sachet par semaine laisser agir 10 mn et rincer pendant 2 mois

8 - Dermoval GEL

1 FOIS PAR JOUR PDT 10 JOURS

9 - RELAXIUM 300 MG GELULE

Chaque Jour(s), 1 GELULE le soir, après le repas, pendant 1 Mois

10 - BIORCAP MASQUE NOURISSANT CHEVEUX SECS

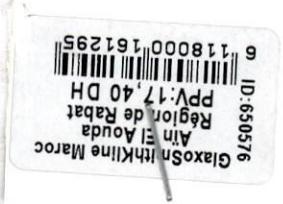
2x/semaine à rincer

8. زنقة عمان شارع علال بن عبد الله، درج س الطابق الثالث الرباط (أمام فندق الملكي)

8. Rue Amman, Av. ALLAI. Ben Abdellah, Escalier C, 3ème étage - RABAT (Face à l'hôtel Royal)

الهاتف : 05 37 70 35 42 - النقال : 06 55 39 29 29 - البريد الإلكتروني : zoubida.alioua@gmail.com - GSM : 06 55 39 29 29

ICE : 00163449800062 - INP : 101101632



Dermoval
0,05 % CREME
Tube de 10 g

Dermoval
0,05 % CREME
Tube de 10 g

Dermoval
gel
Flacon de 20 ml

