

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1761

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : Rehailia

Nom & Prénom : BOUHEDDINE NABHANE

Date de naissance : 28/03/13

Adresse : lot 115 AL AYANOU - 185 ASFA

CASABLANCA

Tél. : 0671633050

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/01/2023

Nom et prénom du malade : BOUHEDDINE NABHANE Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection dermatologique

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 : .....

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
30/01/23	CS		300,00	
	Traitements par Protéines 200,00 Vitamine 100		500,00	Dr. Imane BENAISSI 06 12 16 62 61 Tél: 06 12 16 62 61 06 10 24 90 90

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

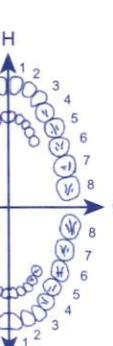
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box]														
				MONTANTS DES SOINS [Empty box]														
				DEBUT D'EXECUTION [Empty box]														
				FIN D'EXECUTION [Empty box]														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box]
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p style="text-align: center;"><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS [Empty box]														
				DATE DU DEVIS [Empty box]														
				DATE DE L'EXECUTION [Empty box]														

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



Dr IMANE BENNANI

Dermatologie Médicale, Esthétique et Interventionnelle

- Diplôme d'études spécialisées de dermatologie et vénérologie, Université Toulouse III  
Diplôme interuniversitaire des maladies systémiques, Montpellier et Paris VI  
Diplôme interuniversitaire de dermatologie pédiatrique, Nice  
Diplôme universitaire de pathologie et chirurgie du cuir chevelu, Paris VI  
Diplôme interuniversitaire de dermatologie esthétique, Versailles

## ORDONNANCE

30/01/2023

Date

# Facture

**BOUMEDIANE MOHAMMED**

Acte	Honoraire
Consultation	300,00 Dh
Azote PS	200,00 Dh
<b>Total</b>	<b>500,00 Dh</b>

Arrêté la présente facture à la somme de :  
500,00 Dirhams

Dr. Imane BENNANI  
Dermatologue  
64 Bd. Sidi Abderrahmane  
Beauséjour  
Tél: 05 22 36 62 61  
INPI: 051024941  
ICE: 002191499000012  
IP: 15227881  
TP: 34800280

0522 366 261 / 0612 716 310

Contact@dermatologieberennani.ma

www.dermatologieberennani.ma

64 Bvd Sidi Abderrahmane, 3ème étage, résidence Misselma, Casablanca

Tram: ligne T1, station Beauséjour



**Dr IMANE BENNANI**

Dermatologie Médicale, Esthétique et Interventionnelle

- Diplôme d'études spécialisées de dermatologie et vénérologie, Université Toulouse III
- Diplôme interuniversitaire des maladies systémiques, Montpellier et Paris VI
- Diplôme interuniversitaire de dermatologie pédiatrique, Nice
- Diplôme universitaire de pathologie et chirurgie du cœur chevelu, Paris VI
- Diplôme interuniversitaire de dermatologie esthétique, Versailles

## ORDONNANCE

30/01/2023

Date

**BOUMEDIANE MOHAMMED**



**PHARMACIE TILILA**  
Voie d'Aménagement H.H 47 N°H  
Hay Laymoun Hay Hassani  
Tél: 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15  
ICE 001551566000078 - IF: 40155060

321.00

loceryl solution filmogene:

appliquer 1 fois par semaine sur l'ensemble des ongles des pieds

nettoyer au dissolvant doux

poncer le gerement les ongles à la lime en carton

avant d'appliquer

6 mois

18.00

teguma ou onfine creme (tube grand format): entre les orteils et au niveau de la racine cuisse tous les soirs pdt 3 semaines

227.00

eryfotona AK spf 100: 2 à 3 fois par jour

656.00

**PHARMACIE TILILA**  
Voie d'Aménagement H.H 47 N°H  
Hay Laymoun Hay Hassani  
Tél: 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15  
ICE 001551566000078 - IF: 40155060

Dr. Imane BENNANI  
Dermatologue - Médecin généraliste  
Boulevard Sidi Abderrahman, 3ème étage  
Tél: 05 22 36 26 26 26 1

INPE 051024981  
ICE 002101499000012  
IF 15227881  
TP 34800280

F20109202

طريقة الاستعمال:  
عن طريق الجلد  
تطبيق واحد في اليوم، بعد تنظيف وتجفيف المنطقة، يليها تدليك خفيف  
خلال الليل، يمكن تغطية المنطقة المعالجة بشاش

الحفظ:  
يحتفظ به في درجة حرارية تقل عن 30° مئوية.  
لا تتركوا هذا الدواء في متناول الأطفال

#### MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie cutanée

Une application par jour, après avoir nettoyé et séché la zone concernée, suivie d'un massage léger.  
Pendant la nuit, la surface traitée peut être recouverte d'une gaze.



LOT : 063

PER : JUN 2025

PPV : 58 DH 00

#### CONSERVATION

A conserver à une température inférieure ou égale à 30°C

Ne pas laisser à la portée des enfants

ONIFINE® 1%  
Crème

Terbinafine

Terbinafine

Tube de 30 g



ONI PHARMACEUTICAL INSTITUTE



# Eryfotona® AK-NMSC Fluid

à prévenir les dommages au niveau de l'ADN causés par l'exposition au soleil SPF99 Symbole UVA

SPF 99 



Donnez une nouvelle chance à votre peau

Film protecteur avec de l'ADN Repairosomes®

 ISDIN

## Pourquoi utiliser Eryfotona AK-NMSC Fluid ?

Eryfotona AK-NMSC Fluide aide à prévenir et à réduire le risque de dommage actinique causé l'exposition aux rayons du soleil. Il dépose sur la peau un film protecteur de Repairosomes® (UVB 99, UVA *in vitro* 39) qui aide à prévenir l'apparition de nouvelles lésions. De plus, sa teneur en photolyase aide à prévenir les dommages au niveau de l'ADN cellulaire que la peau n'est pas capable de réparer complètement et efficacement, grâce aux Repairosomes® (photolyase et filtres UV).

## Qu'est-ce que le dommage actinique ?

L'exposition au soleil provoque des lésions au niveau de l'ADN cellulaire qui s'accumulent au fil des ans : le dommage actinique. Dans leur forme la plus légère, ces lésions peuvent se manifester sous forme de rides ou de tâches. Dans leur forme la plus sévère, ses lésions se manifestent pas des tâches en relief, des déman-geaisons et une desquamation, ce que l'on appelle la kératose actinique. Si elles ne sont pas correctement traitées, elles peuvent entraîner un cancer de la peau.

**Indications :** Fluide qui aide à prévenir les dommages au niveau de l'ADN causés par l'exposition au soleil.

€ 412.50

e 50 ml



~~Senon~~  
**Locéryl®** (م)  
amorolfine

6 mois

LOCERYL 5%  
Vernis à ongles médicamenteux  
Flacon de 2.5 ml  
AMM N° 07 DMP/21/NCN  
PPV : 321,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P N° 1,27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070381

امورولضين

TIRER POUR OUVRIR  
اسحب لفتح العلبة