

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

N° W21-610084

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 6438 Société : A6997

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : FASSI FIKRI YOUNES

Date de naissance : 17/04/61

Adresse : Elisent RIFIA + SIDI ABDELLAH NAW

Tél. : 06.61.14.21.63 Total des frais engagés : 289 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/04/23

Nom et prénom du malade : OMAR FASSI FIKRI Age: 17

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 : Centre Allal Ben Abdellah

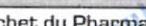
Le : 03/04/23

Signature de l'adhérent(e) : H.F

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
3/6/2023	CS	1	1000	INP : <input type="text"/>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Mme. KADER JAMMAL Lotissement Lubna 1851 Crs ABLANC Tel : 05 22 934 190	03/02/23	880,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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	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"/>										
 <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> <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>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <b>G</b> <b>B</b> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></b> <b>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></b> <b>DATE DU DEVIS <input type="text"/></b> <b>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></b>												
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>														

- Médecin spécialiste en maladie et chirurgie de peau, cheveux et ongles
- Maladie sexuellement transmissible
- Médecine esthétique et anti-âge



- طبيبة اختصاصية في أمراض و جراحة الجلد  
الشعر والأظافر
- الأمراض المنقولة جنسيا
- طب التجميل

08/04/2023

Omar Fassi  
Fihri

280.00

1)

Cétracné doux

91

1 g/100 ml le sérum p/s  
18 mois

abinet

2)

Clearance Comedonal

91

20% le sérum  
le visage

sthetique

3)

Derma Cream Soft

91

50g /  
lotion

4

Dr SARA MJAHED NAJID  
Dermatologue et Vénérologue  
18, Lot Sâad El Khair 24 HH Hay Hassani Casablanca (2ème Etage au dessus du labo biolog)  
Tél: 05 22 91 08 97 - GSM: 06 80 61 83 60  
E-mail: dr.sara.mjahed@gmail.com

العنوان 18، تجزئة سعد الخير 24 H. H. الحي الحسني الألفة الدار البيضاء (الطابق 2 فوق مختبر التحاليلات بيلوج)

Adresse : 18, Lot Sâad El Khair 24 HH Hay Hassani Casablanca (2ème Etage au dessus du labo biolog)

Tél : 05 22 91 08 97- GSM : 06 80 61 83 60

E-mail : dr.sara.mjahed@gmail.com

NOTICE: INFORMATION DU L'UTILISATEUR

# CURACNE® 5 mg, 10 m

*Isotrétinoïne*

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Curacne 20mg cap molle

b30

P.P.V : 289,00 DH



6 118001 180721

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament  
importantes pour vous.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin.