

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° W19-518934

272476

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12890

Société :

RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

THIAM MESSAÏD BOUSSIROU

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066 093833

Total des frais engagés

2016,108H

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même
Dermatose

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.

Signé à : Casablanca (A) Date : 23/08/2023

Le : 23/08/2023

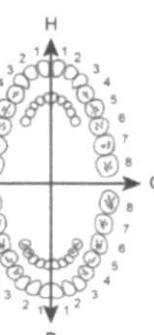
ACCUEIL

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
17/08/2023	efs		300 DHS	INP : 091239923 Cabinet Dr. SAMA CHAOUI EL FAIZ DERMATOLOGIE - VENEROLOGIE 38, Bd. El Barzane 1er Etg Rés. Ennour - Casablanca Tél. 0522 220 549

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17.01.2023	1716,10

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 canalaire, 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"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">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 <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

Docteur

Salwa CHAOUI El Faiz

Dermatologue

Infections sexuellement transmissibles

Chirurgie de la peau et des ongles

Dermatologie Esthétique - Lasers

Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca

Diplômée en dermatologie esthétique et lasers.

Versailles - France

الدكتورة

سلوى الشاوي الفائز

أخصائية أمراض الجلد، الشعر والأظافر

الأمراض المنشولة جسدياً

جراحة الجلد والأظافر

طب التجميل والعلاج بالليزر

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

دبلوم طب التجميل والعلاج بالليزر

فرنسا - فرنسا

Casablanca le في الدار البيضاء

17 août 2023



69,00 ₣

Mme THIAM Amanda Aicha

1/ TETRALYSAL 300



1 gel/jour le soir après repas avec un grand verre d'eau, pendant 3 Mois

32,00 ₣

2/ EFFACLAR GEL MOUSSANT PURIFIANT



pour laver le visage deux fois par jour matin et soir

252,00 ₣

3/ EFFACLAR DUO +



appliquer le soir sur l'ensemble du visage en petite quantité en évitant le contour des

yeux

4/ EPIDIO GEL



EPIDIO GEL

Tube de 30 g

PPV: 146,60 DH

AMM N°02 / 14 DMP / 21 / NRQ

Distribué par SOTHEMA

B.P. N°1,27182-Bouskoura

Barcode: 6 118001 071692

1 application 2soi
en évitant le contour de ye



z en petite

609903 10 - INGREDIENTS : AQUA / WATER • GLYCERIN •
SARCOSINATE • SILICA • AMMONIUM POLYACRYL OXYDIME •
PHOSPHATE • SORBITAN OLEATE • ZINC PCA • BIS(2-ETHYLHEXYL)
• 2-OLEAMIDO-1,3-OCTADECANEDIOL • ALUMINIUM STAR
CAPRYLOYL SALICYLIC ACID • CAPRYLYL GLYCOL • METHYL
ACRYLOYLDIMETHYLTAURATE COPOLYMER • SALICYLIC AC

5/ AVENE CLEANANCE COMEDOMED



une application par le matin sur le visage

6/ EUCERIN OIL CONTROL TOUCHER SEC 50+



appliquer toutes les 2 heures en cas d'exposition solaire

205,50 ₣
171,00 ₣

38, Bd Bir Anazarane (Proximité de la mosquée) - Résidence Ennour, 1^{er} Etage
شارع بير أنزاران (قرب المسجد) - إقامة النور، الطالق الأول، المعارييف، الدار البيضاء

+212 522 230 549 @drsalwachaoi@gmail.com

230 549
171,00 ₣
Eucerin
A. E. MAIL



Rou, 22/08/2023

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070800

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070800

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070800

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070800

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070800

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070800

Dacteur

Salwa CHAOUI El Faiz

Dermatologue

Infections sexuellement transmissibles

Chirurgie de la peau et des ongles

Dermatologie Esthétique & Lasers

Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca

Diplômée en dermatologie esthétique et lasers.

Versailles - France

الدكتورة

سلوى الشاوي الفائز

أخصائية أمراض الجلد، الشعر والأظافر

الأمراض المنقولة جنسياً

جراحة الجلد والأظافر

طب التجميل و العلاج بالليزر

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

دبلوم طب التجميل و العلاج بالليزر.

فرساي - فرنسا

Casablanca le 22/08/2023 الدار البيضاء في

Tel: THIAJ.Amanda.Aicha

* Dema sept cica.

2 fois / jour pott 3 jours



Cabinet Dr.SALWA CHAOUI EL FAIZ
DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE
38, Bd. Bir Anzarane 1er Etg.
Rés. Ennour - Casablanca
Tél : 05 22 230 549

38, Bd Bir Anazarane (Proximité de la mosquée) - Résidence Ennour, 1^{er} Etage, Maarif. Casablanca

شارع بتر أنزاران (قرب المسجد) - إقامة النور، الطابق الأول، المعاريف. الدار البيضاء

☎ +212 522 230 549 @ drsalwachaoui@gmail.com