

## 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° W21-819618

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>8359</b>	Société : <b>R.A.M</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>Bousbina KHALID</b>
Nom & Prénom : <b>Bousbina KHALID</b>			
Date de naissance : <b>16/01/66</b>			
Adresse : <b>GOLF CITY N°F03 VILLE VERTE</b>			
Bousbina KHALID			
Tél. : <b>0663 722708</b>			
Total des frais engagés <b>Plastique</b> Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

*professeur A. CHIHI  
Spécialiste en Chirurgie & Esthétique  
Rénovation et Liftage  
Rue Yacoubi Mohamed El Aoua  
16, Rue Yacoubi Mohamed El Aoua  
INPE : 091 028 019  
Casablanca - Tél: 0522 20 45 45  
M: 0515 / 0661 58 95 28*

Cachet du médecin :

Date de consultation : **22/10/23**

Nom et prénom du malade : **Bousbina KHALID** Age :

Lien de parenté :

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 un 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 : **ON 22/10/23** Le : **18/10/23**

Signature de l'adhérent(e) :

*ACCUEIL*

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
NPF-092079649 STEPHARMACIE GOLF CITY Centre commercial Roussea Golf City BDC N° 9 - Bd Hassan II Casablanca Tél: 0527 39 52 39	27/10/23	215,50

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>INP :</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
						<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>														
						<b>MONTANTS DES SOINS</b>														
						<b>DEBUT D'EXECUTION</b>														
						<b>FIN D'EXECUTION</b>														
				<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table border="1"> <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>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>	
						H	25533412	21433552												
						D	00000000	00000000												
						B	35533411	11433553												
						G														
		<b>MONTANTS DES SOINS</b>																		
		<b>DATE DU DEVIS</b>																		
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b>																		
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				



**ALEXANDRIE AESTHETIC  
MEDICAL CENTER**  
*Chirurgie Plastique & Esthétique*

**Professeur Abdessamad CHLIHI**

Ex-Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca.

Lauréat du Collège Français de Chirurgie Plastique,  
Reconstructrice et Esthétique - Paris.

**البروفسور عبد الصمد شليحي**

أستاذ بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء، سابقًا

خريج المعهد الفرنسي للجراحة الترميمية.

والتجميلية بباريس.

Casablanca, le 27/10/23

Mr BOUSBINA KHALID

20,30 x 2

- Algo plaque 10/10

114,00 Cicaflo t creme

1 app le sur

215,50

**STE PHARMACIE GOLF CITY**  
Centre commercial Rouakcha Golf City  
RDC N° 9 - Bâtiment 1 - Casablanca  
Tél: 0522 86 15 15 / 0661 58 95 19

**Professeur A. CHLIHI**  
Spécialiste en Chirurgie Plastique  
Réparatrice & Esthétique  
16, Rue El Yazidi Mohamed - Quartier des Hôpitaux  
Casablanca - NPE: 09 028 019  
Tél: 0522 86 15 15 / 0661 58 95 19



16, Rue El Yazidi Mohamed, Quartier des Hôpitaux - Casablanca

📞 05 22 86 15 15

📞 06 61 58 95 28

✉ drchlihi@gmail.com

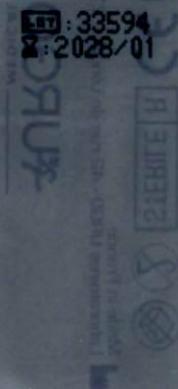
80130

# URGO ALGOPLAQUE 10X10

E : 33594  
Z : 2028/01

CE 0459

000004649  
2402232232



Medizinische Einrichtung

Plastische Chirurgie  
Hautchirurgie  
Handchirurgie  
Orthopädie  
Urologie  
Plastische Chirurgie  
Hautchirurgie  
Handchirurgie  
Orthopädie  
Urologie



Medizinische Einrichtung  
Plastische Chirurgie  
Hautchirurgie  
Handchirurgie  
Orthopädie  
Urologie

Plastische Chirurgie  
Hautchirurgie  
Handchirurgie  
Orthopädie  
Urologie

80130

# URGO ALGOPLAQUE 10X10

E : 33594  
Z : 2028/01

CE 0459

000004649  
2402232232



Medizinische Einrichtung

Plastische Chirurgie  
Hautärzte  
Hautärzte  
Hautärzte  
Hautärzte  
Hautärzte  
Hautärzte



Medizinische Einrichtung  
Plastische Chirurgie  
Hautärzte  
Hautärzte  
Hautärzte  
Hautärzte  
Hautärzte  
Hautärzte

60130

URGO ALGOPLAQUE 10X10

卷：33594  
頁：2028／01

0459

000004649  
2402232232



EAU THERMALE

# Avène

## Cicalfate<sup>+</sup>

Crème réparatrice protectrice  
Repairing protective cream

13

EAU THE  
*My love*  
Avène

## Cicalfate<sup>+</sup>

Crème réparatrice  
protectrice

Repairing protective cream



COMPLEXE RÉPARATEUR  
& ANTIBACTÉRIEN

[C<sup>+</sup>-Restore]<sup>™</sup> - Cuivre - Zinc

Peaux sensibles irritées  
For sensitive irritated skin

Cicalfate<sup>+</sup> Crème  
réparatrice protectrice  
NOURRISONS - ENFANTS - ADULTES  
Visage et corps

Irritations des couches superficielles de l'épiderme à la suite d'agressions diverses (climatiques, accidématologiques superficiels, traumatismes superficiels ponctuels).

Accélère le processus naturel de réparation grâce à son trio d'actifs.

- [C<sup>+</sup>-Restore]<sup>™</sup>: innovation brevetée issue de la Recherche Pierre Fabre, accélère la vitesse de réparation épidermique.

- L'association sulfate de cuivre / sulfate de zinc limite le risque de prolifération bactérienne.

- Très riche en Eau thermale d'Avène, Cicalfate<sup>+</sup> crème apaise les sensations d'inconfort des épidermes fragilisés.

Sa texture onctueuse, s'étale facilement et forme un film protecteur qui favorise une réparation de qualité.

Sans parfum.  
Conseils d'utilisation : appliquer 2 fois par jour sur une peau préalablement nettoyée et séchée. Ne pas exposer à des températures inférieures à 0 °C. Éviter tout contact avec les yeux.

\*Brevet déposé

Elaboré en vue de minimiser les risques de réactions allergiques.  
Non comédogène.

INGREDIENTS: AVENE THERMAL SPRING WATER (AVENE AQUA) CAPRYLC/CAPRIC TRIGLYCERIDE, MINERAL OIL (PARAFFINUM LIQUIDUM), GLYCERIN, HYDROGENATED VEGETABLE OIL, ZINC OXIDE, PROPYLENE GLYCOL, POLYGLYCERYL-2 SESQUISOSTARATE, PEG-22/DODECYL GLYCOL COPOLYMER, ALUMINUM STEARATE, AQUAPHILUS DOLOMIAE FERMENT FILTRATE, ARGININE, BEESWAX (CERA ALBA), COPPER SULFATE, MAGNESIUM STEARATE, MAGNESIUM SULFATE, MICROCRYSTALLINE WAX (CERA MICROCRISTALLINA), TROMETHAMINE, ZINC SULFATE.