

## 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° W21-826626

83x21

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) Matricole : 9401 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ARESMOUK AZIZ

Date de naissance : 18/05/73

Adresse : 51. RUE 3 LOT GUYENNEUR. VOASSIS CASA

Tél. : 0664001666 Total des frais engagés : 446,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 08 NOV 2023

Nom et prénom du malade : ARESMOUK RITA Age: 48

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Dem. docte

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 : 08/11/23

Signature de l'adhérent(e) : 

ACCUEIL

2023 NOV 08

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE BARRA</b> Lot Guynet Rue 2 N°20 - Oasis Casablanca Tél: 0522 98 19 09	6/8/11/93	146.60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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

**Docteur Imane MARKOUCH**  
Dermatologue - Vénérologue  
Diplômée de L'UFR Pierre et Marie Curie-Paris VI  
Ancienne interne des hôpitaux de Paris



**الدكتورة إيمان مركوش**  
اختصاصية في أمراض الجلد و التناسل  
خريجة كلية بيير و ماري كوري-باريس VI  
طبيبة بمستشفيات باريس سابقا

Casablanca le : .....

08/11/2023

Enfant ARESMOUK RITA

❖ CLEANANCE CRÈME LAVANTE

146,60

1appx02/j pour laver le visage



❖ EPIDUO GEL

1app 1soir/2 sur l'acné seulement éviter les contours des yeux nez et bouche

DERMOPURE SERUM TRIPLE ACTION

1app les soirs sans Epiduo x03mois

❖ TOLERANCE CONTROL CRÈME

1appx02/j le soir 15 min après Epiduo ou Dermopure

❖ CETAPHIL LOTION LIPOSOMALE

1app/8h 20 min avant exposition solaire

Quelques gouttes émollient pour la tête  
Pour l'hydratation corporelle .

Docteur Imane MARKOUCH  
Dermatologue - Vénérologue  
Dermatologue Esthétique Cosmetologue Laser  
224, rue 14 Mandarouna Ain Chok - Casablanca  
Tél: 05 22 87 58 43

**PHARMACIE BARA**  
Lot Guyenne Rue 2,  
N°20 - Oasis Casablanca  
Tél: 0522 98 19 09



## EPIDUO 0,1% / 2,5%, gel, Adapalene/Peroxyde de benzoyle

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations 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. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

### Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que EPIDUO 0,1% / 2,5%, gel et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser EPIDUO 0,1% / 2,5%, gel ?
3. Comment utiliser EPIDUO 0,1% / 2,5%, gel ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver EPIDUO 0,1% / 2,5%, gel ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

### 1. QU'EST-CE QUE EPIDUO 0,1% / 2,5%, gel ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

#### ANTI ACNEIQUE LOCAL.

EPIDUO 0,1% / 2,5% est utilisé dans le traitement de l'acné.

Ce gel est une association de 2 principes actifs, l'adapalène et le peroxyde de benzoyle qui associent leurs propriétés mais de manières différentes :

- l'adapalène appartient à un groupe de produits appelés « rétinoïdes » et agit spécifiquement sur le mécanisme de l'acné ;
- le deuxième principe actif, le peroxyde de benzoyle, agit comme un agent anti-microbien et par son action adoucissante et exfoliante de la couche supérieure cutanée.

### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER EPIDUO 0,1% / 2,5%, gel ?

N'utilisez jamais EPIDUO 0,1% / 2,5% gel :