

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-485068

CA

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08995 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEKKARI TAD ADNE

Date de naissance : 19-5-1972

Adresse : 54 AV Résistance Rue Pais APT 4 RABAT Résidence HMD OCEAN

Tél : 0661 800451 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Saïd BOUHLAL
DERMATOLOGUE
56, Av. Allal Ben Abdellah-Rabat
Tél.: 05 37 70 43 90

Date de consultation : 30.12.19

Nom et prénom du malade : BEKKARI TAD Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Acne polymorphe

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : RABAT Le : 30 / 12 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :

BEKKARI

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-485068

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

[illegible]

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

INP: 102426014

Dr. Saïd BOUNOUA
DERMATOLOGUE
Av. Allal Ben Abdellah-Rég
Tél.: 05-37 70 43 90

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Grand Boulevard Mir VANPOULLE Avenue de la République 9700 Marq en Baroeul 01 20 20 55 26 43	7.6.12.2020	24,99€

Montant de la Facture

macie au Grand boulevard
Mr VANPOULLE
Avenue de la République
9700 Marq en Baroeul
Tel : 03 20 55 26 43

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

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	

Montant détaillé
des Honoraires

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

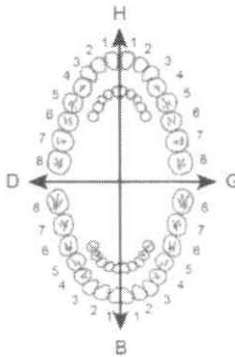
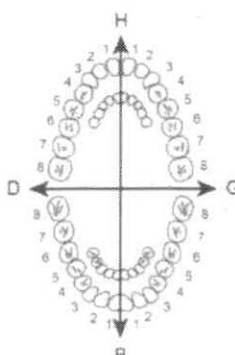
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d'hygiène.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

INP: | | | | | | | |

FIN
D'EXECUTION

PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

I

25533412

20050412
00000000

D. _____

00000000

02

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur Saïd BOUHLAL

DERMATOLOGUE

Spécialiste des maladies
de la peau et du cuir chevelu
Maladies sexuellement transmissibles
Diplômé de la faculté de
médecine de Toulouse

الدكتور سعيد بوهلال

إختصاصي في أمراض الجلد
و أمراض الشعر
و الأمراض التناسلية
خريج كلية الطب بتولوز

Rabat le 30.12.19 الرباط في

7^R = BEKKARI
JAD.

- éryfluid

mat. et soir

- alterner le soir

differine ~~gel~~ crème

et éffaclar DUO+

en petite quantité

Dr. Saïd BOUHLAL x 3 mois
DERMATOLOGUE
56, Av. Allal Ben Abdellah-Rabat
Tél.: 05 37 70 43 90

EURL PHARMACIE DU GD BOULEVARD
Bertrand VANPOULLE
801 AV. DE LA REPUBLIQUE
59700 MARCQ EN BAROEUL
Tel: 0320552643
N° SIRET: 44883998500018
Code NAF: 4773Z - FR14448839985
FRANCE

Page 1 / 1

FACTURE

N°673

Du 07/01/2020

Date de l'échéance 08/01/2020

BEKKARI Jad
800 av de la republique
59700 MARCQ EN BAROEUL

Opérateur: DELPHINE C

Désignation Code produit	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
EFFACLAR DUO + GEL MOUS 50ML OFFERT COFFRET 3337875598071	1	12,083	20,00%	12,08

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
12,08	20% (6)	2,42	14,50
Total HT		Total TVA	Total TTC
12,08		2,42	14,50

Pharmacie du Grand Boulevard
Mr VANPOULLE
801, Avenue de la République
59700 Marcq en Baroeul
Tél. : 03 20 55 26 43

Mode(s) de règlement

Règlements multiples
(Espèces)

14,50

Reste dû

0,00

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 6: taux 20.0

EURL PHARMACIE DU GD BOULEVARD
 Bertrand VANPOULLE
 801 AV. D'E LA REPUBLIQUE
 59700 MARCQ EN BAROEUL
 Tel: 0320552643
 N° SIRET: 44883998500018
 Code NAF: 4773Z - FR14448839985
 FRANCE

FACTURE

N°672/234730

Du 07/01/2020

Date de l'échéance 08/01/2020

BEKKARI Jad
 800 av de la republique
 59700 MARCQ EN BAROEUL

Prescripteur : PETRUKA Juliette
 N° AM : 591017009
 N° RPPS : 10100601920
 Opérateur: DELPHINE C

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
ERYFLUID 4% S EXT FL/100ML 3400932671007 N° Ordonnancier : 1751238 N° Lots : G01064	PH2	0	1	4,055	2,10%	4,06
Honor. dispens. HD2	HD2	0	1	0,999	2,10%	1,00
DIFFERINE 0,1% CR T/30G 3400934376313 N° Ordonnancier : 1751239 N° Lots : 9074248	PH4	0	1	3,722	2,10%	3,72
Honor. dispens. HD4	HD4	0	1	0,999	2,10%	1,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
10,27	2,1% (4)	0,22	10,49
Total HT		Total TVA	Total TTC
10,27		0,22	10,49

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	10,49

Mode(s) de règlement	
Règlements multiples (Espèces)	10,49

Reste dû	0,00
----------	------

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

Pharmacie du Grand Boulevard
 Mr VANPOULLE
 801, Avenue de la République
 59700 Marcq en Baroeul
 Tél. : 03 20 55 26 43

124//1/FACTURATION/FACTURE/AAME/N/AAMR/N/AANQ/2.10.2.1.R2-77/0/B17/0106-R2/78745

Composition en substance active :
Erythromycine base 4,00 g.
Pour 100 ml de lotion.

Excipients : Ethanol 96 pour cent,
macrogol 400, propylène glycol.

Excipient à effet notoire :
Propylène glycol.

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée
des enfants.

Tenir au frais (15 °C à 25 °C) et à
l'abri de la lumière.

Bien refermer le flacon après usage.

NE PAS AVALER.

Médicament autorisé
n° 34009 326 710 0 7.

Pierre Fabre
DERMATOLOGIE

Nutin et Sali

ERYFLUID®
lotion

Erythromycine base

NE PAS AVALER

Voie locale cutanée



ERYFLUID®
lotion

Erythromycine base

Voie locale cutanée



3400932671007

739 014

ERYFLUID® lotion

Erythromycine base

NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance



Pierre Fabre
Titulaire/Exploitant :
PIERRE FABRE DERMATOLOGIE
45 PLACE ABEL GANCE - 92100 BOULOGNE



100 ml
FLACON

Erythromycine base
Voie locale cutanée

ERYFLUID®
lotion

Pierre Fabre
DERMATOLOGIE

ERYFLUID®
lotion

Erythromycine base

NE PAS AVALER

Voie locale cutanée

PC: 03400932671007
SN: 0118A7Q2154T08
LOT: 601064
EXP: 09/2021



Pierre Fabre
Titulaire/Exploitant :
PIERRE FABRE DERMATOLOGIE
45 PLACE ABEL GANCE - 92100 BOULOGNE

100 ml
FLACON

103111766152536
9074248
07/2022



Différine

adapalène

CREME

Voie cutanée

0,1% 30 g

PC (01): 03400934376313

SN (21):

LOT (10):

EXP (17):



COMPOSITION:

Adapalène 0,10 g
Pour 100 g de crème.

Excipients à effet notoire : parahydroxybenzoate de méthyle (E218), parahydroxybenzoate de propyle (E216).
Autres excipients : Carbomère 934 P, PEG-20 méthyl glucose sesquistéarate, glycérol, squalane naturel, disodium edétate, sesquistéarate de méthyl glucose, phénoxyéthanol, cyclométhicone, solution d'hydroxyde de sodium à 10 pour cent, eau purifiée.

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

A conserver à une température inférieure à + 25°C. Ne pas congeler.



**DIFFERINE + GROSSESSE
= INTERDIT**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte
et chez la femme planifiant une grossesse.

alterner le
soin

avec
effodac
GALDERMA

Médicament autorisé n° 34009 343 763 1 3

Titulaire / Exploitant:
GALDERMA INTERNATIONAL
TOUR EUROPLAZA - LA DEFENSE 4
20, AVENUE ANDRÉ PROTHIN
92927 LA DEFENSE CEDEX

14

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



**NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Différine

adapalène

CREME

Voie cutanée

0,1%

Différine

adapalène

CREME

Voie cutanée

0,1%

GALDERMA

P28322-1