

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Éducation :

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

- Reclamation : 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° P19- 053547

N° 035495

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2279

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN MAKHLOUF Rachid

Date de naissance : 29 MAR 54

Adresse : 29X AMELIKIS 21 NAKHIL SUD

MARRAKECH

Tél. : 0661311629

Total des frais engagés : - 465 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BENNANI LAHLOU, Maha
Dermatologue - Vénérologue
Rés. du Palais, Imm. E, 1er Etage
Rue Yasmine Angle Bd. Ghââbi
et Yacoub El Mansour - Casab

Tél. 05 22 94 03 13

Date de consultation : 11/07/2020

Nom et prénom du malade : BEN MAKHLOUF, RACHID

04 AOUT 2020

Age: 66 ans

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : DERMITE

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 : 14/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-053547

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

MUPRAS

04 AOUT 2020

Matricule : 2279

Nom de l'adhérent(e) : BEN MAKHLOUF

Total des frais engagés : 465 Dhs

Date de dépôt :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 16/07/2020 | 6 | 6 | 300,00 | <div style="text-align: center;">  DR. M. N. LAHLOU Maha Dermatologue Vénérologue Rés. du Palais, Imm. E, 1er Etage Rue Yasmine, 4ème Bd. Ghandi et Y. Loub et Mansour - Casablanca Tel: 05 22 94 03 73 </div> |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE GULMÉS JARREKIAH MAMMA ANNE-SOPHIE BRANDI TÉL. 03 88 36 09 09 | 11/07/2020 | 165,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

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

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|------------------------------|--|------------------|-------------------------|-------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | $ \begin{array}{r r} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $ | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | MONTANTS DES SOINS | |
| | | | DATE DU DEVIS | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Maha BENNANI LAHLOU

Dermatologie - Vénérologie

Cosmétologie - Laser

Diplômée de la faculté de médecine de Paris

Ancienne interne des Hôpitaux de Paris

الدكتورة مهابناني لحلو

اختصاصية في أمراض الجلد، الشعر، الأظافر

والأمراض التنسالية

طب التجميل - جراحة الجلد - الليزر

خريجة كلية الطب بباريس

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

11 juillet 2020

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

Mr. BENMAKHOLOUF RACHID

20, ٢٠٢٠/٧/٤

ALGOPLAQIE FILM 10 CM



sur la cicatrice a revouveler apres le douche ou tous les 2 a 3 jours

MYCODERM POUDRE

1f/semaine dans les chaussure



PHARMACIE DULMES
AREKTI HANIMA
ANGLE BD GHANDI ET
YEL MANSOUR 36083

Dr. BENNANI LAHLOU
Dermatologie - Vénérologie
Rés. du Palais, Imm. "E", 1er étage, Rue Yasmine - Angle Bd. Ghandi et Yacoub El Mansour - Casablanca
Tél: 05 22 94 03 73

إقامة القصر، عمارة "E" الطابق الأول، زنقة الياسمين، زاوية شارع غاندي و يعقوب المنصور، الدار البيضاء
Résidence du Palais, Imm. "E", 1er étage, Rue Yasmine - Angle Bd Ghandi et Yacoub El Mansour, Casablanca 20000

البريد الإلكتروني : Tél. : 05 22 94 03 13 - Email : drmaha.bennani@gmail.com

I.C.E.: 001927407000026 - I.N.P.E.: 091170431

11 juillet 2020

Mr. BENMAKHOLOUF RACHID

LOCERYL SOLUTION FILMOGENE

appliquer 1 fois par semaine sur les ongles malades avant chaque application netoyer avec du dissolvant et limer avec un bout de lime a ongle a jeter.

DR BENYANI LAHLOU Maha
Dermatologue - Venerologue
16, rue de Paris, Imm. El refagh
Rue Yacoubi El Mansour, Casablanca
Tél: 05 22 94 03 13

MYCODERME® 1%

Poudre dermique
Nitrate d'éconazole

Flacon de 30 g

LOT : 082220007
PER : 04/2025
PPU : 49,00 DH

Usage externe

POUR L'UTILISATEUR

Poudre dermique de 30 g d'éconazole

te notice avant de prendre ce

iez avoir besoin de la relire.
estion, si vous avez un doute,
otre médecin ou à votre pharma-

personnellement prescrit. Ne le
re, même en cas de symptômes
nocif.

es devient grave ou si vous
on mentionné dans cette notice,
votre pharmacien.

ERME® 1 % Poudre dermique
active
e d'éconazole
rmique : chaque flacon de 30 g
azole.

| | |
|-------|----------------|
| | 3 g |
| | 4,5 mg |
| | 0,6 g |
| | 0,9 g |
| | q.s.p. 30,00 g |

FET NOTOIRE
ide borique.

HERAPEUTIQUE OU TYPE

D'ACTIVITE

MYCODERME® 1 % Poudre dermique fait partie d'un groupe de médicaments appelés dérivés de l'imidazole doué d'une activité antifongique et antibactérienne.

4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament contient un antifongique (actif contre les champignons) de la famille des imidazolés.

Ce médicament est préconisé dans le traitement de certaines mycoses (affections cutanées dues à des champignons).

Candidoses :

Traitements de mycose des plis macérées : intertrigo génital, sous-mammaire, interdigital...

Dans certains cas, il est recommandé de traiter simultanément le tube digestif.

Dermatophyties :

Traitements :

Intertrigo macéré génital et crural.

Intertrigo des orteils.