

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## 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.

## Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 8ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19-0027813

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11879

Société : RAM

52033

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BESSASRA ASSIA

Date de naissance : 24/10/1977

Adresse : Rue Mohamed El-Khalil APT 5 Résidence Leica

Venitio

Tél. : 0661210119

Total des frais engagés : 676,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BELSAGHOU Fatima Zahra  
Professeur en Dermatologie - Spécialiste  
Résidence Riad Annakhil - Riad  
Imm. E. Appt. 2, Hay Riad - Riad  
Tél. : 05 37 71 11 86  
Fax : 05 37 71 81 65

MUPRAS

04 DEC. 2020

ACCUEIL

Date de consultation : 04/11/2020

Nom et prénom du malade : BESSASRA ASSIA

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Leucémie

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 : Rabat

Le : 04/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :



# RELEVÉ 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
04/11/2020		C	300,00	<b>Dr. BELSNAOUI Fatma</b> Professeur en Dermatologie-Vénérologie Résidence Riad Anhakim et Al Hor Imm. E. Appt. 2, Hay Riad - Rabat Tél.: 05 37 71 11 86 Fax: 05 37 71 61 65

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture



04/11/2020

167,20  
135,00 + 14,20 = 376,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





# Cabinet de Dermatologie

Médical, Esthétique, Lasers

Dr. Fatima-Zahra Belgnaoui ép. Berrada

Professeur de dermatologie et de vénérologie

• Dermatologie médicale, chirurgicale et esthétique

• Diplômes de cancérologie cutanée et lasers médicaux

• Présidente de la Société Marocaine de Lasers,

• Dermatologie Esthétique et Chirurgicale

الدكتورة فاطمة الزهراء بلقناوي-بزادة

أستاذة في الأمراض الجلدية والتناسلية

• أمراض الجلد، الشعر والأظافر

• اختصاصية في حالات الأورام الجلدية

• رئيسة الجمعية المغربية للحالات الجلدية التجميلية،

الجراحية والليزر

Rabat/

## Ordonnance pour peeling

Mr Bessarro ASSIE

### Avant le peeling :

- Crème dépigmentante : *Anti pigment clar*  
1 application jour sur tout le visage en petites quantités. A débuter 10 jours avant le peeling
- Si épisode(s) antérieurs (s) d'herpès du visage : **Valex comprimés** : 1 cp x2/ jour. A débuter la veille du RDV du peeling pour une durée totale du traitement de 5 jours
- Ecran solaire :  
1 application toutes les 2 heures
- La veille du rendez-vous, é viter toutes sources de chaleur : hammam, sauna, cheminée...

### Le jour du rendez-vous :

- Doliprane 1 gramme : 1 comprimé 1 heure avant le rendez-vous.

### Après le peeling :

- Crème cicatrisante : *Talvet*  
1 application 2 fois/ jour. A poursuivre jusqu'à cicatrisation totale
- Crème **Cleniderm** : 1 application/ jour pendant 6 jours puis 1j/2 pendant 6 j. Petites quantités. Sur toute la zone traitée
- Protection solaire STRICTE par écran solaire/2heures en grosse couche + utilisation de chapeau, foulard, lunettes + éviction des sorties aux heures ensoleillées de la journée
- Nettoyage du visage 1 fois/ jour avec rondelles en éponge + eau tiède ou avec gel dermonettoyant doux.....utilisé avec du coton
- Possibilité d'utilisation de correcteur de teint pendant les 2 à 3 jours suivants le peeling. Par la suite, elle peut être moins pratique si la peau pèle par gros lambeaux
- Laisser la peau peler doucement et ne pas arracher les lambeaux de peau
- Reprendre la crème dépigmentante au 7<sup>ème</sup> jour suivant le peeling. 1 application/jour

**Prendre rdv pour contrôle médical entre le 7ème et le 10ème jour suivant le peeling sauf complication (rougeurs et enfllement encore persistant ou s'aggravant après 48h du traitement, apparition de « boutons » emplis de pus ou de liquide. Si une des crèmes prescrite est mal tolérée, l'arrêter et nous en aviser par téléphone**

إقامة 2، حي الرياض - الرباط

Résidence Riad Annakhil, angle avenues Annakhil et Hay Riad - Rabat



ESCU LAPE - FACTURATION

# Cabinet de Dermatologie

Médical, Esthétique, Lasers

Dr. Fatima-Zahra Belgnaoui ép. Berrada

Professeur de dermatologie et de vénéréologie

• Dermatologie médicale, chirurgicale et esthétique

• Diplômes de cancérologie cutanée et lasers médicaux

• Présidente de la Société Marocaine de Lasers,

Dermatologie Esthétique et Chirurgicale

الدكتورة فاطمة الزهراء بلغناوي-برادة

أستاذة في الأمراض الجلدية والتناسلية

• أمراض الجلد، الشعر والأظافر

• اختصاصية في حالات الأورام الجلدية

• رئيسة الجمعية المغربية للحالات الجلدية التجميلية،

الجراحية والليزر

Rabat, Le : 04/11/2020

**FACTURE N° : 178/2020**

**NOM ET PRENOM :**

BESSASRAASSIA

**EXAMENS :**

(1) 1ère consultation

**ORIGINE :**

Assurances

**TOTAL PAYE :**

300,00 DH

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**  
Trois cent Dhs

**ICE : 001580245000096**

**Dr. BELGNAOUI Fatima-Zahra**  
Professeur de Dermatologie et Vénéréologie  
Résidence Riad Annakhil et Al Haour - Rabat  
Imm. E, apt. 2, Hay Riad  
Tél: 05 37 71 61 63  
Fax: 05 37 71 61 63

إقامة رياض النخيل، زاوية شارع النخيل والحدود، عمارة E، شقة 2، حي الرياض - الرباط

Résidence Riad Annakhil, angle avenues Annakhil et Al Haour, imm. E, apt. 2, Hay Riad - Rabat

Acide Hyaluronique  
**ialuset®**  
**crème 100 g**

**ialuset® crème 100 g**

Acide Hyaluronique

USAGE EXTERNE

  
Laboratoires  
**Genevrier**



1360350  
ialuset crème  
Tube 100 g



ACL 3401076312351  
LOT 190955  
EXP 2022 09

# ialuset<sup>®</sup> crème 100 g

Acide Hyaluronique

USAGE EXTERNE



Laboratoires  
Genevrier

FPC : 175,00 DH

# Doliprane®

PARACÉTAMOL

1000 mg



COMPRIMÉ

**b** bottu s.a.  
82, Allée des Cassarines - Ain Sebba - Casablanca  
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

ADULTE  
10 Comprimés

**Doliprane®**  
PARACÉTAMOL  
1000 mg



COMPRIMÉ

ADULTE  
10 Comprimés

**b** bottu s.a.



**Cleniderm®** crème  
Béclométasone dipropionate

PROMOPHARM S.A.



5011105

Crème dermique

# Cleniderm®

Béclométasone dipropionate

Tube de 30 g

# كلينيدرم

بكلوميٹازون دىپروپىونات



②

## Clenide

Béclométasone dip

**crème**

Tube de 30 g



20,00



# VALLEX<sup>®</sup> 500 mg

Valaciclovir

Voie orale



83,60



7

Comprimés enrobés

LOT 19002  
PER 02/22  
PPV 63DH60



# VALLEX<sup>®</sup> 500 mg

Valaciclovir

Voie orale



83,60



7

Comprimés enrobés

LOT 19002  
PER 02/22  
PPV 63DH60

