

## 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 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

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-456950

CA

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12321 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL BACHOURI TARIK

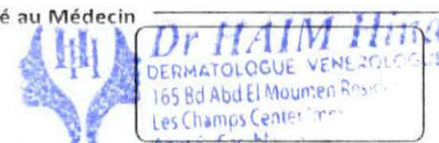
Date de naissance : 15/07/1982

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/12/2019

Nom et prénom du malade : Maoussacou Fatima Zahra

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

Nature de la maladie : Affection dermatologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 76 JAN. 2020

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10/12/19        | contrat           |                       | gratuit                         | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                 | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| BPA 190 94542 AEROGAR<br>TEL 0149757470<br>FAX 0149757581<br>PHARMACIE | 18/12/19 | 27,50 €               |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# 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 de l'ODF

| 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<br>H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D 00000000 00000000 G<br>35533411 11433553<br>B<br>[Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]                   |
|                            |   |                  |             | 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



# Dr. Haim Hind

- Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie à Casablanca
- Diplômée en médecine esthétique Cosmétologie et Lasers - besançon - France
- Ancienne Medecin Interne au CHU Ibn Rochd
- Ancienne Medecin Interne au CHU Hôtel Dieu - Nantes - France

- Maladies et chirurgie de la peau, cheveux et ongles
- Infections sexuellement transmissibles
- Allergie cutané et brûlures
- Médecine Esthétique anti -âge : Peeling, botox, fillers
- PRP, Mésothérapie, Cosmétologie
- Lasers

# الدكتورة هائم هند

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
دبلوم طب التجميل والعلاج بالليزر - بيزنسون - فرنسا  
طبيبة سابقا بمستشفى ابن رشد  
طبيبة سابقا بمستشفى Hôtel Dieu نانت فرنسا

أمراض الجلد و الشعر و الأظافر  
الأمراض المنقولة جنسيا  
الحساسية و الحروق  
العلاج بالليزر



Casablanca le : 1-11/2/18

reçu  
105

Dr. Haim Hind

1) Soolantho creme 10mg

1 an / le soir / 10mg

PHARMACIE DR. Y. S. S. D.  
BPA 190 94542 AEROGARE CEDEX  
TEL 0149757470  
FAX 0149757581

Dr Haim Hind  
DERMATOLOGUE VENEROLOGUE  
165 Bd Abd El Moumen  
Les Champs Center

Titulaire / Exploitant :

GALDERMA INTERNATIONAL

TOUR EUROPLAZA - 20, AVENUE ANDRE PROTHIN

LA DEFENSE 4 - 92927 PARIS LA DEFENSE CEDEX

Médicament autorisé N° : 34009 300 241 0 2



3 400930 024102

LISTE II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

NE PAS AVALER  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

soolantra® 10 mg/g, crème

Ivermectine

Voie cutanée

15 g

 GALDERMA

soolantra® 10 mg/g, crème

Ivermectine

Voie cutanée

15 g

 GALDERMA

Lot  
EXP  
LOT 9414229  
EXP 06/2021  
PC 03400930024102  
SN 10511216356412

