

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° W19-456950

CA

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e) 17006		
Matricule : 123 21		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : EL Bardioui TARIK		
Date de naissance : 15.07.1982		
Adresse :		
Tél. : 05 22 20 45 45		
Total des frais engagés : 1000 Dhs		

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin : Dr HAIM Hind DERMATOLOGUE VENEROLOGUE 165 Bd Abd El Moumen Ben Les Champs Centre 1000 Casablanca		
Date de consultation : 10/12/2019		
Nom et prénom du malade : MOUSSAOUI Fatima Zahra		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	AFFECTION DERMATOLOGIQUE	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 16 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.		

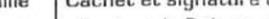
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) : 



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
10.12.19	contrat		gratuit	INP : 11111111111111111111111111111111
				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
BPA 190 94542 AEROGAR	18/12/14	22,50 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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.

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

Dr. Haim Hind

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

Casablanca le : 1-11-18



الدكتورة هايم هند

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
بليوم طب التجميل والعلاج بالليزر - بيرنسون - فرنسا
طبيبة سابقاً بمستشفى ابن رشد
طبيبة سابقاً بمستشفى Hôtel Dieu نانت فرنسا

أمراض الجلد و الشعر والأظافر
الأمراض المعنولة جنسياً
الحساسية والحرق
العلاج بالليزر

100%
100%

Dr. Haim Hind

1) Soolantra crème 15g

1 x 1 le tar / Ks

BPA PHARMACIE 190 94542 AEROGARE CEDEX
TEL 0149757470
FAX 0149757581



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

LISTE II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



3 400930 024102

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

