

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

- 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.

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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-456952

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 211018

Matricule : 12321 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELBAIDOURI TARIK

Date de naissance : 15/07/1982

Adresse : VILLAS DES PRES N162 DAR BOUAZZA CABA

Tél. : 0661097741 Total des frais engagés : 43,90 EUR Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/01/2020

Nom et prénom du malade : MAUSSAOU Fatima Laïra Age : 37

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

Nature de la maladie : Affection dermatologique

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 : 27/01/2020

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
27.01.2020	Consult		général	INF : 091215839 Dr. [Signature] DERMATOLOGUE VENEROLOGUE 165 Bd Abd el Moumen Boudiaf Bordj

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIEN PA 190 94542 AEROGARE CEDE) TEL 0149757470 FAX 0149757581	21/02/20	43,90 €

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

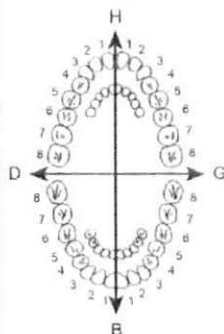
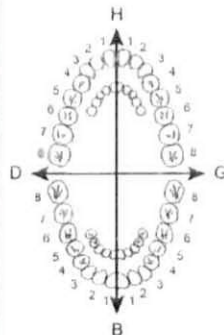
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS 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 canalaux, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>255334112</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>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		255334112	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
255334112	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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 هاييم هند

- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
- دبلوم طب التجميل و العلاج 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 : 24/12/23

Imani Rana Zaho

1) Solobuto 10% cream.

Apr le dur

2) Eucarin avec 5% cream 2-3x/

3) UReadin cream



JUSTIFICATIF VITALE (Ordonnance payante - 00 -)

No : 5219

PHARMACIE ORLY 4

ORLY SUD 190

91550 ORLY AEROPORT

Mal: MANSOURI

91 2 01382 8

AZOULAY-IBGHEI Caroline

Tel:

Ne le:00/00/1900 Rang:1

Nature: Exo:

No:

Deliv du: 21/02/20

99111 ALGER

Dr : HIND HAIM

Ordon du: 21/02/20

AMO:

Vendeur : 12

QTE-----Produits-----P.U.---(Base)--Hon--Taux

1 SOOLANTRA 10MG/G CR TUB 30G

43,90

0%

34009 3002411 9

Ordo: 000006028

TOTAL FACTURE : 43,90

1 Produits

MONTANT A.M.O : 0,00

MONTANT A.M.C : 0,00

Paye par l'assure : 43,90

08/17

0042

2015

656

Un gramme de crème contient 10 mg d'ivermectine.

Excipients : glycérol, palmitate d'isopropyle, carbomère, diméticone, édétate disodique, acide citrique monohydraté, alcool cétylique, alcool stéarlique, éther cétostéarlique de macrogol, stéarate de sorbitan, parahydroxybenzoate de méthyle (E218),

parahydroxybenzoate de propyle (E216), phénoxyéthanol, propylène glycol, alcool oléique, hydroxyde de sodium, eau purifiée.

Voir la notice pour plus d'informations.

Ne pas avaler. Lire la notice avant utilisation. Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Après 1ère ouverture : à utiliser dans les 6 mois.

Titulaire / Exploitant : GALDERMA INTERNATIONAL
TOUR EUROPLAZA - 20, AVENUE ANDRE PROTHIN

LA DEFENSE 4 - 92927 PARIS LA DEFENSE CEDEX

Médicament autorisé N° : 34009 300 241 1 9



3 400930 024119

LISTE II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES PRESENTES

soolantra® 10 mg/g, crème

Ivermectine

Voie cutanée

30 g



soolantra® 10 mg/g, crème

Ivermectine

Voie cutanée

30 g



LOT 9414245
EXP 07/2021

Lot
EXP

P27518-0

PC 03400930024119
EXP 07/2021