

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° W19-456952

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e) 21/01/18			
Matricule :	12321	Société : ROYAL AIR MAROC	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL BAGOURI TARIK			
Date de naissance : 15/07/1982			
Adresse : VILLAS DES PROS N162 DAR BALAZZA CASA			
Tél. :	0661097741	Total des frais engagés : 43,90 EUR 23 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
<p>Cachet du médecin : </p> <p>Date de consultation : 27/01/2020</p> <p>Nom et prénom du malade : NEUSSAFRI fatima Laâbi Age: 23</p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : Affection dermatologique</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>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.</p>			

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) :



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
27.01.2020	consult		gratuit	INP : 091215939
				 Dr. J. L. LUMIÈRE DERMATOLOGUE VENEROL 165 Bd André Maurois Résidence

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE IRY SUD PA 190 94542 AEROGARE (CDE) TEL 0149757470 FAX 0149757581	21/02/20	43,90,2

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

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>
				

ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE										
	<p>H</p> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: none; border-bottom: none; text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> <p>B</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553
	25533412	21433552									
	00000000	00000000									
	D										
	00000000	00000000									
35533411	11433553										
<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>										
<p style="text-align: center;">DATE DU DEVIS</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> </div> </div>										
<p style="text-align: center;">DATE DE L'EXECUTION</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p> </div> <div style="flex: 1;"> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> </div> </div>										

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 : 2011/2/2



الدكتورة هايم هند

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

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

Amour faites faire

1) Solutio 10% Cream.

App le doct

2) Eucerin crème 5% acide 10% 2-3x/j

3) Ureadin crème 10%



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:

99111 ALGER

Ne 1e:00/00/1900 Rang:1

Dr : HIND HAIM

Nature: Exo:

Ordon du: 21/02/20

No:

Deliv 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

08/04/2021
0042
L.SV

Un gramme de crème contient 10 mg d'ivermectine.

Excipients : glycérol, palmitate d'isopropyle, carbonière, diméthicone, édétate disodique, acide citrique monohydraté, alcool tétylique, alcool stéarylque, éther cétostéarylque de macrogol, stéarate de sorbitan, parahydroxybenzoate de méthyle (E218), parahydroxybenzoate de propyle (E216), phénoxyéthanol, propylène glycol, alcool oléique, hydroxyde de sodium, eau purifiée.

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

Titulaire/ Exploitant: GALDERMA INTERNATIONAL
TOUR EUROLA 20, AVENUE ANDRE PROTHIN
LA DEFENSE 4 - 92927 PARIS LA DEFENSE CEDEX
Médicament autorisé N°: 34009 300 241 19

A standard linear barcode is located in the top right corner of the page. It consists of vertical black lines of varying widths on a white background. The numbers '3 400930 024119' are printed vertically to the left of the barcode.

NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

LISTE II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

soolantra® 10 mg/g, crème

Ivermectine

309

P27518-0

EXP
Lot

LOT 9414245
EXP 07/2021

0340093

Ivermectine

soolantra® 10 mg/g, crème

308



4119

30024119

 GALDERMA