

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
- 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.

MUPRAS : Centre Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal 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° W21-604132

70747

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11841 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : KHALIDI LATIFA

Date de naissance : 14/11/1976

Adresse : 67 LOT MONICA MOHAMMED DIA

Tél. : 06 61 55 01 80 Total des frais engagés : = 580,00 = Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22-04-2021

Nom et prénom du malade : KHALIDI LATIFA Age : 45 ans

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

Nature de la maladie : Dermatox

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 : 11/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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
22-04-2021	C		950,00	Dr BIAZ Imane Spécialiste en Dermatologie Vénérologie Tél.: 05 23 31 01 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie S.A.R.L. VENUE Angle Boulevard Mohammed V et Rue Riff-Mohammed V Tél: 05 23 32 05 02	22/04/21	330,00

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 :

Veillez 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) 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

Dr. BIAZ IMANE

Spécialiste en Dermatologie Vénérologie

Médecine Esthétique et anti âge

Laser médicaux

Sclérothérapie

Chirurgie Dermatologique (Peau et Ongles)

Allergologie

Ancienne attachée des Hôpitaux de Paris

et CHU Ibn Rochd à Casablanca

Sur Rendez-vous



الدكتورة إيمان بياز

إختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية

جراحة الجلد والأظافر

طب التجميل ومكافحة الشيخوخة

الليزر الطبي

سكليروتيرابي

الحساسية

ملحة سابقة بمستشفيات فرنسا

و المستشفى الجامعي بالدار البيضاء

بالموعد

KHALID Latifa

USCUS

le 22-01-2024

Redacted text in Arabic script.

LOT: 20E024
PER: 10/2023

LOCATOP U, 1%

CREME T30G

P.P.V.: 30DH00



Al Locatop o.t. p.d.

300.00

Dapp le 02/10/23

m1

02/10/23

10/23

m1

03/10/23

10/23

un pt se le l'oi p'grtmes du cou

2/ Fiderma lait éclairciss

300.00

Dapp 1x le 02/10/23



330.00

Dr BIAZ IMANE
Spécialiste en Dermatologie
Vénérologie
Tél.: 05 23 31 01 11

شارع الحسن الثاني، عمارة وليد C الطابق 3 الرقم 11 - المحمدية

Bd. Hassan II, Imm Walid C, N° 11 3^{ème} Etage - Mohammedia

Tél.: 05 23 31 01 11 / E-mail: emiemed@hotmail.fr

INPE: 091235242 - CNSS: 4901220 - ICE: 001676182000085



FIDERMA®
LABORATOIRES

**LAIT DEPIGMENTANT
INTENSIF**
TACHES BRUNES
CORPS

**INTENSIVE
DEPIGMENTING MILK**
BROWN SPOTS
BODY

100 ml / 3.38 US fl. Oz.

Propriétés: FIDERMA LAIT
DEPIGMENTANT INTENSIF est
un soin spécifique pour le
corps, développé pour réduire
l'hyperpigmentation cutanée. Sa
formule riche en ingrédients actifs
aide à atténuer les taches brunes
et redonne à la peau tout son
éclat et son hydratation.

Mode d'emploi: appliquer
FIDERMA LAIT DEPIGMENTANT
INTENSIF tous les soirs, par léger
massage.

Précautions: ne pas utiliser sur les
enfants de moins de 12 ans.



**AIRLESS
SYSTEM**

MADE IN SWITZERLAND

www.fiderma.com

Ethicare Sàrl - CH-1860 Aigle



7 640144 936792



FIDERMA®
LABORATOIRES

**LAIT DEPIGMENTANT
INTENSIF**
TACHES BRUNES
CORPS

**INTENSIVE
DEPIGMENTING MILK**
BROWN SPOTS
BODY

100 ml / 3.38 US fl. Oz.

Properties: FIDERMA INTENSIVE
DEPIGMENTING MILK is a specific
body care, developed to reduce
hyperpigmentation. Its formula,
rich in active ingredients, helps to
mitigate brown spots and restore
brightness and skin's hydration.

Directions for use: apply FIDERMA
INTENSIVE DEPIGMENTING MILK
every night by massage.

Warning: do not use on children of
less than 12 years.

INGREDIENTS: Water (Aqua),
Mineral (Paraffinum Liquidum) Oil,
Propylene Glycol, Glyceryl
Stearate, Cetearyl Alcohol,
Hydroquinone, PEG-100 Stearate,
Stearic Acid, Dimethicone,
Phenoxyethanol, Niacinamide,
Sodium Bisulfite, Sodium Lauryl
Sulfate, Methylparaben, Xanthan
Gum, Disodium EDTA, Fragrance
(Parfum), Mulberry (Morus Alba)
Root Extract, Licorice (Glycyrrhiza
Glabra) Root Extract, Petrolatum,
Salicylic Acid, Benzyl Alcohol.