

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Éducation :

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

- 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

45906

Déclaration de Maladie : N° P19-0021310

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) ABDELHAZIZ BENOUFIA

Matricule : 1281

Société : Retraite

Actif Pensionné(e) Autre :

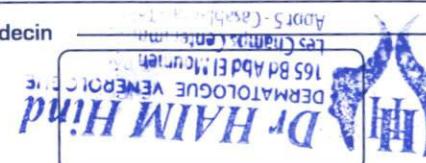
Nom & Prénom : Date de naissance : 07/09/49

Adresse :

Tél. : 064511940 Total des frais engagés : 3.00 DH + 432.45 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/10/2020

Nom et prénom du malade : ABDELHAZIZ BENOUFIA Age : 71

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Aggrégation 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 : ACASA Le : 26/10/2020
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
16.10.2020	es		300 dh	DR HAMID

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HNI 71000, Rabat, Maroc Tél: 0522 44 94 66	16/10/2020	632,40

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

OD.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Hind

pharmacie de Casablanca

cosmétique et lasers - besançon - France

hd

lieu - Nantes - France

rs

reux et ongles

rs

ng, Botox, Fillers

rs



LOT : 200916

UT AV : 06/2023

PPV : 120,000H

UT AV

LOT N°:

App (OH):

Lasers

Casablanca, le :

26/01/2020

RON
AJJ

- الدكتورة هايمه هند
- جراحة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
دبلوم طب التجميل و العلاج بالليزر - بيرنسون - فرنسا
طبب سايقا بمستشفى ابن رشد
طبب سايقا بمستشفى - Hôtel Dieu - نانت فرنسا
أمراض و جراحة الجلد، الشعر والأظافر
الأمراض المنقولة جنسيا
الحسابية والجروح
الطب التجميل
العلاج بالليزر

Dr. Abdellatif. Benomhamed.

67,20

1) Ergleid 6ml

(S.V)

2x1/150

45,20

2) Augsturinie

(S.V)

2x1/36ml

• ple de lauré
- priks.

100,00

3) Regen 25ml

(S.V)

140,110

4) Cibast 5ml

2x1/ audience
de rythme

165 شارع عبد المؤمن اقامة ليشون سنتر، عمارة، الطابق 4، رقم الشقة 5 الدار البيضاء
165 Bd abd El Moumen Résidence les champs center, Immeuble A, 4ème étage, apt 5 Casablanca
Tél : 0522.227.899 - Urgence : 0660.515.739 - E-mail: haimhind@gmail.com

200,00

5) Xénolys 50

1x1 box 1 plants

S.V

43240

PHARMACIE IFNI
7 Imm. Wafik Angle Rue Ifni
et Bd. Med 51 Casablanca
Tél&Fax: 03 22 44 94 56

Dr HAIM Hind
DERMATOLOGUE VENEROLOGIE
165 Bd Abd El Mounien
Les Champs Centre 1000
Casablanca

0645224940

MYCOSTER® 1%

Ciclopiroxolamine

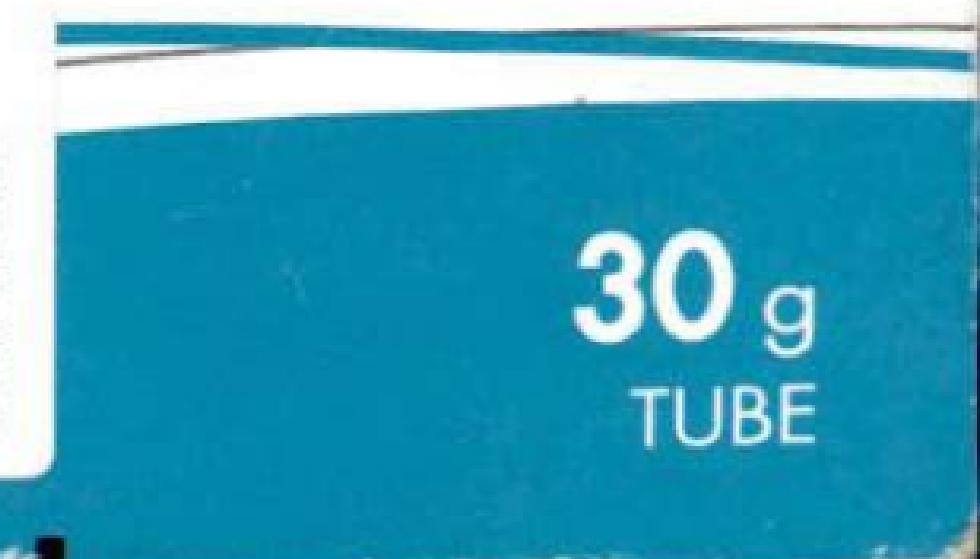
Crème



118000 011118
6 45DH20
P.P.V :
CREME 130G
MYCOSTER 1%
0

LOT : 20E015

PER : 04/2023



Pierre Fabre
DERMATOLOGIE

Pierre Fabre



ERYFLUID 4%
LOTION FL 100 mL

P.P.V. 570H20

6 113630010629

LOT : 19E002
PER : 10 2021

NE PAS AVALER
LES DOSES PRÉSCRITES

Indications : Xerolys50 est un soin kératolytique et hydratant pour les callosités (mains, coudes, pieds, ongles, cuir chevelu...). Il réduit l'épaisseur des callosités ou des hyperkératoses localisées. Xerolys50® rapporte rapidement confort, souplesse et apaisement. L'URODIUM® contenu dans Xerolys50, est un principe actif breveté, qui améliore le pouvoir exfoliant et hydratant de l'Uréa (dosé à 50% - Actif kératolytique et Facteur Naturel d'Hydratation de la peau) et surtout sa rémanence (action de très longue durée).

L'association d'actifs contenue dans Xerolys50 (urée, chlorure de sodium, acide lactique et acide glycolique) permet une action plus efficace pour lutter contre l'épaississement de l'épiderme. Xerolys50 apporte aussi une hydratation intense et durable à la peau ainsi désépaisse. Le mode d'émulsion Eau dans Huile, par son effet filmogène, prolonge les propriétés kératolytiques et hydratantes de Xerolys50.

Conseils d'utilisation : appliquez Xerolyx 50 sur les callosités (mains, coudes, pieds, ongles, cuir chevelu...), en massant pour bien faire pénétrer la crème. Pour une plus grande efficacité, utilisez Xerolyx 50 après le bain, la douche ou le soir au coucher après avoir poncé, si nécessaire, les zones calleuses avec un matériel adapté.

Non parfumé. Une sensation de picotement passagère liée à l'activité du produit peut être ressentie à l'application. À conserver à moins de 25°C. Produit pour adulte. Eviter le contact avec les yeux. En cas de contact avec les yeux, rincer immédiatement avec de l'eau. Eviter l'exposition au soleil après l'application du produit et en cas d'exposition appliquer une protection solaire adaptée.

ACL:4514701

e 40 mL/1.35 Fl.oz us
MADE IN FRANCE



Laboratoires Lysaskin,
39 rue de Lisbonne,
75008 Paris, France
www.lysaskin.com

www.lysaskin.com



3 760100 590135