

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 AIC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- o Réclamation : contact@mupras.com
 - o Prise en charge : pec@mupras.com
 - o 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



Déclaration de Maladie

Nº W21-659430

maladie

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>0071470</u>	Société : <u>RAN</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>ASNi Madera Lmane</u>			
Date de naissance :	<u>06.01.1962</u>		
Adresse :	<u>Rue 9 Imm 19 Apt 1 Nazelle Cosa.</u>		
Tél. : <u>0637778333</u>	Total des frais engagés		<u>1905,90</u>

Autorisation CNCP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin	
Date de consultation :	12 - 10 12 2022
Nom et prénom du malade :	ASM ⁱ JAMILA
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Dermatose
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 : Cognac

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 02 / 11 / 2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Créditif	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12-10-22	C 2	Dr Amina LATIFI E.P. H.A.E. Dermatologue Vénérologie 192, Bd. Oum Errabih Hay Mazo, Casablanca 10000	43500,0000	INP : 091037993 Dr Amina LATIFI E.P. H.A.E. Dermatologue Vénérologie 192, Bd. Oum Errabih Hay Mazo, Casablanca 10000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
58, RUE TIR Abdelaziz Tél: 0522 90 21 67 SIDI MOUSSA POLYCLINIQUE Hay Hay Thami	12-10-22	255.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <p align="center">H</p> <table border="0"> <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>B</td><td></td></tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

Docteur Amina LATIFI EP HALLI

DERMATOLOGIE VENEROLOGIE

Ex. Médecin chef de l'hôpital Aïn Chock

■ Maladies de la Peau, Cheveux, Ongles

■ Maladies Sexuellement Transmissibles

■ Cosmétologie ■ Allergologie

■ Chirurgie de la peau ■ laser



الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلي

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتسلسية

طبيبة رئيسية سابقاً بمستشفى عين الشق

■ أمراض الجلد والشعر والأظافر ■ أمراض الحساسية

■ الأمراض التناسلية ■ التجميل

■ العلاج بالليزر ■ جراحة الجلد والأظافر

Casablanca le : الدار البيضاء في :

Same. female

69.00

- laeo au Blas Perl



creme face area
et been neck

87.30.

- dermofax creme

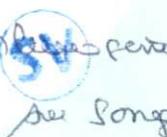


PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. TIR Abdellazziz

58, Route Mly Thami Hay Hassan,
Tél: 0522 902167 Casab

321.00.

- laeo P soleen RSV perle



zakheren per Songf

99.00

- Dermatopt cream



23.90 dipolene numeadi



39.70. 2011 Ptof 101 Ptof 101 Ptof 101 Ptof 101

- faceden 1stle Ptof 101 Ptof 101 Ptof 101

Docteur Amina LATIFI Ep. HALLI
Dermatologie - Vénérologie
102, Bd. Oum Rabii Hay Mazola
Résidence Selma 1er étage. Casablanca
Tél.: 05 22 89 76 52

les flacons de la pleine
d'ordre

dernier 30 avenir pied

l'aujourdhui pieds d'oreille;

Docteur Amina LATIFI EP. HALLI
Dermatologie - Vénérologie
102, Bd. Oum Errabii Hay Mazola
Résidence Selma 1^e Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 89 76 52

AM77 0124

LOT PER

Prix 69.00

Fucidine® 2%
pommade. Tube de 15 g

39170

- Cicaplast baume Br SPF 15

EN602 lequel 800 ml pm visage

SV

S.P.

Docteur Amina LATIFI EP. HALLI
Dermatologie - Vénérologie
102, Bd. Oum Errabii Hay Mazola
Résidence Selma 1^e Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 89 76 52

8730

SPRAY

LOT: 1082
EXP: 04/25
PPC: 99,00DH

