

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 canalaire, 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 canalaire.

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:

- Réclamation : 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 - Bât. C 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

144267

Déclaration de Maladie : N° S19-0053191

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8741 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAFAARI EL HASSEN Date de naissance : 26/11/67

Adresse :

N° 4 Rue N° 4 Algo 053 Lissasfa Casablanca

Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : 1131 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Amna LATIFEP. NAFI
Dermatologie - Vénérologie
102, Bd. Oum Errabbi Hay Mazola
Résidence Sidiha 1^{er} Etage Casablanca
Tél. : 05 22 20 45 45

Date de consultation : 12/12/2022

Nom et prénom du malade : J. C. F. Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Le : 02/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

J. C. F.

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 Relèvement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 17/12/2011 | Eco | | 16000 | Docteur Amina El Maffi HALLAL Dermatologie 192 Bd. Oum El Kheïr Casablanca 20000 Téléphone : 05 22 65 20 07 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|---|
| PHARMACIE SARANAZ S.A.R.L A.I. 140 Lot Smirada Lissasfa Casablanca Tel/Fax : 05 22 65 20 07 | 17/12/2011 | PHARMACIE SARANAZ S.A.R.L A.I. 140 Lot Smirada Lissasfa Casablanca Tel/Fax : 05 22 65 20 07 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | 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 :

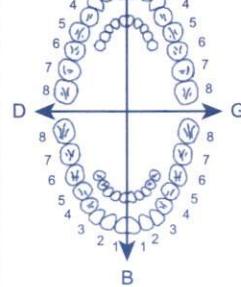
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|----------|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 | |
| D | 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

DATE DE L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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 والتنايسية

طببة رئيسية سابقاً بمستشفى عين الشق

■ أمراض الجلد والشعر والأظافر ■ أمراض الحساسية

■ التجميل ■ الأمراض التنايسية

■ العلاج بالليزر ■ جراحة الجلد والأظافر

Casablanca le : 17-12-21 الدار البيضاء في :

Facile et sans douleur

Réso le mmme d'1000\$ prie électrocauté +

Cet effet devenu multiple avec une thérapie

local et des séances courtes de repos de 10mn

Sous le 12-12-21

P1

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

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
- Chirurgie de la peau
- Allergologie
- laser



الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلي

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية

طبيبة رئيسية سابقاً بمستشفى عين الشق

- أمراض الجلد والشعر والأظافر
- أمراض الحساسية
- الأمراض التناسلية
- التجميل
- العلاج بالليزر
- زراعة الجلد والأظافر

Casablanca le : ٢٠١٧ - ١٢ - ٢٧ الدار البيضاء في :

Jadher Icne

M6, 40

- Please

158
PHARMACIE SARANAZ CP 4 1P
S.A.R.L.A.U
140 Lot Smiralda Lissasfa
Casablanca Tél/Fax: 05 22 65 20 07
Tél/Fax: 05 22 65 20 07



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

PHARMACIE SARANAZ
S.A.R.L.A.U
140 Lot Smiralda Lissasfa
Casablanca Tél/Fax: 05 22 65 20 07

AB, 20

دوالي ببران®

باراسيطامول 500 ملغم

16 قرصاً فواراً

دوالي ببران®
باراسيطامول 500 ملغم

Doliprane 500 mg
PARACETAMOL
16 comprimés effervescents



6 118 000 040354

الأوجاع والحمى

Conserver le tube bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité
NE LAISSER NI A LA PORTEE, NI A LA VUE DES ENFANTS.

AMM N°746/15 DMP/21/NRQ

bottu s.a.
82, Allée des Casuarines - Ain Sébaâ - Casablanca
S. Badrech - Pharmacien Responsable



للكبار والأطفال
إبتداءً من 27 كيلو



Adulte et enfant
à partir de 27 kg

15,80



110x31x31



PPV 116DH40
LOT 230152
EXP 04/2024

FLOXAM®

Flucloxacilline

500 mg

24 gélules

Voie orale