

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 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

MEA 25

Déclaration de Maladie : N° P19- 0001494

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5249**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **YASSINE LAHOSSINE** Date de naissance : **01-01-58**

Adresse : **Amr nouzy ABDELLAH RUE 72 N:23 ESSA**

Tél. : **0666445369** Total des frais engagés : **603.24** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **02/05/2023**

Nom et prénom du malade : **Yassine Laheussine** Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Psoriasis**

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 : **Casab**

Le : **02/05/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

Y

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01/07/23	C		G	Dr Nada dermatologue d Al Quods, 124 Casablanca Tél : +212 522 87 718

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HAR MACIE LUMIERES LA HRICHT SARL AU 50, Bd. Al Qods, Maroc, Ain Chok Casablanca - INPE : 092040427 Tél.: 05 22 52 40 29	02/05/2023	603,20

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
		A M	P C	I M	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. NADA SRIFI

Dermatologue - vénéreologue

CHIRURGIE - ESTHÉTIQUE - LASERS

Ancien Médecin à l'hôpital universitaire Suissi - Rabat

Ancien Médecin des hôpitaux de Paris

Membre de la société Européenne de Dermatologie et de Vénérologie

Diplômée en :

Dermatologie pédiatrique (Nice - France)

Lasers Dermatologie (Bordeaux - France)

Technique d'injection et de comblement

Esthétiques du visage (Paris - France)

د. ندى اسرifi

طبيبة الأمراض الجلدية و التناسالية

جراحة الجلد - الليزر - التجميل

طبيبة سابقة بمستشفى السوسيي بالرباط

طبيبة سابقة بمستشفيات باريس - فرنسا

عضوة بالأكاديمية الأوروبية لطب الجلد

حاصلة على دبلوم في

الأمراض الجلدية للأطفال (نيس - فرنسا)

طب الليزر (بوردو - فرنسا)

التقويم التجميلي للوجه (باريس - فرنسا)

ORDONNANCE

02/05/2023

Patient (e)

Nom - Prénom : Monsieur YASSINE LAHOUSSINE



45,20

1) MYCOSTER (CREME)

1 application par jour le matin pendant 1 mois sur les pieds y compris les espaces entre les orteils

2) LOCERYL SOLUTION FILMOGENE

1 application par semaine sur les ongles atteints , pendant 6 mois, limer l'ongle avant chaque application

3) ONIFINE CPS 250MG /BOITE 28

1 comprimé par jour le soir après le dîner pendant 1 mois

321,00

237,00

603,20

PER:12/2026
LOT:23E001MYCOSTER 1%
CREME T30G

P.P.V : 45DH20



6 118000 011118

LOCERYL 5%
Vernis à ongles médicamenteux
Flacon de 2,5 ml
AMM N° 07 DMP/21/NCN
PPV : 321,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N° 1,27182 Bouakoura-Maroc

6 118001 070381



6 118001 070381

PHARMACIE LUMIERES
LAHRICHI SARL AU
550, Bd. Al Qods, Inara, Ain Chok
Casablanca - INDE : 092040427
Tél.: 05 22 52 40 29Dr Nada Srifi
Dermatologue Vénérologue
Bd Al Qods, Rés les Rosiers
Imm 1, Appart 124, Ain Chok
Casablanca