

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7291 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FADOUA ACH LATIFA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : 320 + 260 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Imane NAIKOUCH
Pédiatre - Venereologie
Dermatologue Esthétique Cosmétologie Laser
Dermatologie Esthétique Cosmétologie Laser Casablanca
224, Rue 14 Mandarina AIR MAROC Casablanca
Tél: 05 22 87 55 43

Date de consultation : 29/09/23

Nom et prénom du malade : FADOUA ACH LATIFA Age : 55

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Demangeaison

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

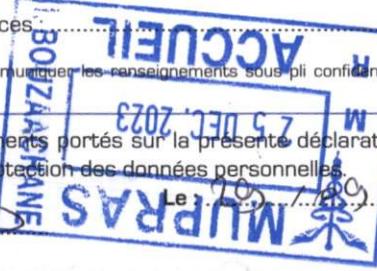
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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 : CRNA

Signature de l'adhérent(e) : (Signature)



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
25/05/2013	6s		300.000	Docteur Imane MARKOUCH Dermatologue - Vénérologue Dermatologue Esthétique - Cosmétologie Laser 24 Rue 14 Mandaréna Ain Chok - Casablanca Tél: 05 22 87 58 43
+ 26/05/2013	140s		2 660.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAHJAMA Nadia ZEMMAMA du Pharme Résidence Taghazout Tél.: 05 22 20 28 62	29/09/23	260,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANNEXE 2 - RADIOSCRIPTEUR			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

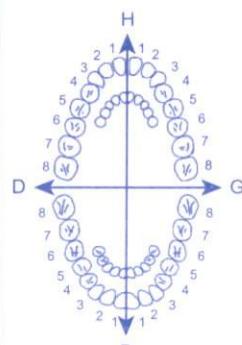
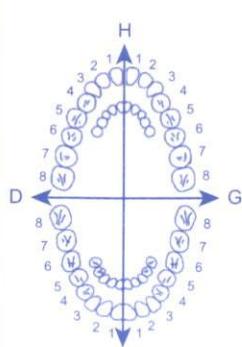
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Imané MARKOUCH
Dermatologue - Vénérologue
Diplômée de L'UFR Pierre et Marie Curie-Paris VI
Ancienne interne des hôpitaux de Paris



الدكتورة إيمان مركوش
اختصاصية في أمراض الجلد و التناول
خريجة كلية بيير و ماري كوري-باريس VI
طبيبة بمستشفيات باريس سابقا

Casablanca le :

29/09/2023

Madame Fadouach Latifa

PHARMACE LAJJAJNA
Nadia ZEUMAMA
Avenue Hassan II Residence Teghazout
Casablanca . Tel: 05 22 20 28 67

ريكاكيزيديل® 5%

مينوكسيديل

LOT : 042523
F.E.R : 04/2026
PPV : 2600H00

PURIPHAN SHPG CHEVEUX SECS HYDRATANT

1appx02/sem x03mois

REGAXIDIL SOLUTION 5%

1app le soir sur les zones alopéciques <10pulv x03mois

CERACAP LOTION ANTICHUTE

1app le matin x03 matin x03mois

CERACAP SERUM

Sur les pointes

Dr. Imane MARKOUCH
Dermatologue Vénérologue
Dermatologie Esthétique Cosmétologie Laser
224, Rue 14 Mandarouna Ain Chok - Casablanca
Tél: 05 22 57 58 43

Docteur Imane MARKOUCH

Dermatologue - Vénérologue

Diplômée de L'UFR Pierre et Marie Curie-Paris VI

Ancienne interne des hôpitaux de Paris



الدكتورة إيمان مركوش

اختصاصية في أمراض الجلد و التناسل

خريجة كلية بيير و ماري كوري-باريس 6

طبيبة بمستشفيات باريس سابقا

Casablanca le : 29 / 09 / 2023

Hme FA DOUACHI Latifa 55ans.

Note d'honoraires

Injection de Serum autologue
sous A.L après antifongation en
intralésionnel (pelade) : Deux Mille
cinq cents Dirhams (2.500,00 DHS)

A ce côté c 101 K20

Docteur Imane MARKOUCH
Dermatologue - Vénérologue
Dermatologie Esthétique - Cosmétologie Laser
224, rue 14 Mandarouna Ain Chock - Casablanca
Tél: 05 22 87 58 43

224, rue 14 Mandarouna Ain Chock - Casablanca 224، زنقة 14 ماندرونة عين الشق - الدار البيضاء

Tél : +212 (5) 22 87 58 43/20 - E-mail: imanemarkouch@yahoo.fr

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 29/05/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule :

E-mail :

Phones :

Nom et Prénom de l'adhérent :

Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : **Docteur Imane MARKOUCH**
Dermatologue - Vénérologue

Dermatologie Esthétique Cosmétologie Laser

Estime que l'état de santé de Mlle Mme M. **ADOUAGHI LATIFA**

Nécessite **Injection de sérum autologue**
Tél: 05 22 87 59 43

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) **C101F K20**

Une hospitalisation de (approximatif) ... /

A (préciser l'établissement hospitalier) /

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

Pelade occipitale traitée par injections de sérum autologue après centrifugation.

Cachet, date et signature du praticien

29/05/2023

Docteur Imane MARKOUCH
Dermatologue - Vénérologue
Dermatologie Esthétique Cosmétologie Laser
24/05/2023 Mandarona Ain Chok - Casablanca
Tél: 05 22 87 59 43

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.