

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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 : N° P19- 0014306

Maladie

Dentaire

16529

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **32.63**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **HARACHACHE Bouchaib**

Date de naissance : **05/10/1957**

Adresse :

Tél. **06 49 50 41 93**

Total des frais engagés : **6.96,20**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **09 JAN 2020**

Nom et prénom du malade : **HARACHACHE Bouchaib**

Age : **62**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Consultation



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 : **Casablanca**

Le : **09 JAN 2020**

Signature de l'adhérent(e) :

113

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
07.04.2020	CS		250 dhs	Sur-échelle 02-900107 Signature : ...

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVÉ 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'ODT.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Lamia Oudrhiri

Dermatologue - Vénérologue

Dermatologie Générale Adulte et Enfant

Maladies Sexuellement Transmissibles

Dermato-Allergologie

Dermatologie Esthétique - Lasers

DIU Européen des Lasers Médicaux Paris VI

DIU de Dermatologie Esthétique Versailles St Quentin

DIU de Dermatologie Chirurgicale Versailles St Quentin

DIU des Techniques d'Injections (Botox, Comblement) Nice

DIU de Dermatologie Pédiatrique Nice



الدكتورة لمياء ودغيري

أخصائية الأمراض الجلدية و التنايسية

أمراض و جراحة الجلد و الشعر و الأظافر

الأمراض المنقوله جنسيا - حساسية الجلد

الطب التجميلي (تقشير - بوطكس - فيلر)

العلاج بالليزر (إزالة الشعر و الوشم و التدوب)

الدبلوم الجامعي في العلاج بالليزر من جامعة باريس

الدبلوم الجامعي في طب التجميل من جامعة فرساي سان كونستان

الدبلوم الجامعي في جراحة الجلد من جامعة فرساي سان كونستان

الدبلوم الجامعي في الحقن التجميلي للبوطكس والفيلر من جامعة نيس

الدبلوم الجامعي في أمراض الجلد عند الأطفال من جامعة نيس

Casablanca, le :

09/01/2020

Monsieur HARCHACHE BOUCHAIB



1) MEDILEN CREME HYDRATANTE 250 ML

1 fois le matin sur les lésions des membres 02 mois



2) LIPIKAR GEL LAVANT 200ML

à rincer visage et corps



3) PREPARATION

CORPS/ 1 fois le soir 15 jours sur les lésions du ~~picot~~ puis 1soir sur deux 20 jours puis 2 fois par semaine le soir 01 mois

- N°7022317
- Vaseline simple : 150 g
 - Skimatic paquet 3
 - Derma oil crème : 2 lots
 - Aiste Leucophaea : 3 g

4) ICAM

1 cp le soir apres repas 14 jours



LOT n° :	45,20
EXP :	
PPV :	

Dr. Lamia Oudrhiri
Pharmacie Al-Enjra
Dr. Al-Enjra Samir
16, Angie Bd. Ibnou Fazil
Hay Hassani - Casablanca
Tel. : 05 22 89 50 05

Dr. Lamia Oudrhiri
Dermatologue - Vénérologue
Groupe 2, 2^e étage, Hay Hassani - Casablanca - GSM : 0666 48 22 54
Tél / Fax : 0522 90 01 01 - E-mail : oudrhirilamia@gmail.com - Site Web : www.dr-lamiaoudrhiri.com

0666 48 22 54 - المحمول: 0522 90 01 01 - الهاتف / الفاكس: 0522 90 01 01 - الحي الحسني - الدار البيضاء - 46، شارع أفغانستان المجموعة 2، الطابق 2

46, Bd Afghanistan, groupe 2, 2^e étage, Hay Hassani - Casablanca - GSM : 0666 48 22 54

Tél / Fax : 0522 90 01 01 - E-mail : oudrhirilamia@gmail.com - Site Web : www.dr-lamiaoudrhiri.com

valable 3 mois

09 JAN 2020
Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr OUDJEDDINE Lamia
Dermatologue
16, Bd. Afghana, Casablanca, 6ème Etage
Tél: 05 22 90 01 01

Certifie que Mlle, Mme, M. : BOUCERA HAFACHE

Présente

Dermatose chronique Psoriasis Vulgaire

Nécessitant un traitement d'une durée de :

6 à 12 mois Traitement local

- Biopsie envisagée si Besoin de passer à un
traitement systémique (retinoids / méthotrexate)

Dont ci-joint ordonnance :

mir Dr OUDJEDDINE Lamia

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dermatologue

16, Bd. Afghana, Casablanca, 6ème Etage

Tél: 05 22 90 01 01

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca