

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 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.

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-497172

58137

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11735

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Nom & Prénom :

ROUHI

HAUSA

Date de naissance :

08/08/1986

Adresse :

BA BRAHIM ENNAKHA MAAIE esst
N° 21

Tél. :

0661208692

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Aida ZEROUALLI O.
Dermatologue
Rés. RIBH "D" (Bourabou Inwi) 1er Etage
Angle Bd. Bir Anzarane et Rue Calid Al Achene
Tél : 05 22 25 23 98 - 06 38 08 02 06

Date de consultation :

14.01.2021

Nom et prénom du malade :

LATCHINI LINA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

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 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 : 14.01.2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS D'HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient des Actes	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14.01.2021	CS			INP : 0912171111

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/01/2021	192,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

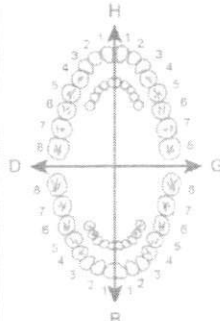
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []

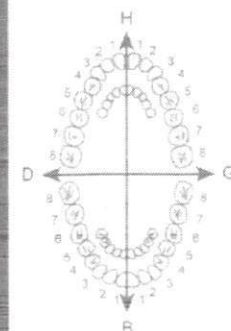
ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



	COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	MONTANTS DES SOINS []
	DATE DU DEVIS []
	DATE DE L'EXECUTION []

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Maladies de la peau, des ongles, et du cuir chevelu
- Infections Sexuellement Transmissibles
- Dermatologie Esthétique, Cosmétique, Lasers

- إختصاصية في الأمراض الجلدية
- أمراض الجلد، الشعر والأظافر
- الأمراض التناسلية
- طب التجميل والليزر



Kétoderm® 2 %

Crème Tube de 10 g



Casablanca le 16.01.2021

74 LINA LATCHINI

1 - Torchiphane lotion subcluse

12 pulv / j k par x 03 mois

2 - Duiphon sup énergisant

1 à 2 utilisations / sem à l'infini

3 - Dereos Nutrients masque Nutri

1 à 2 utilisations / sem à l'infini

165,60

4 - Gaelys Zinc



gel k matin

x 03 mois

5. Rehoderm

pole

1 app x 21

x 01 mois

2730

LOT : 20E006
PER: 04 2023

KETODERM 2%
CREME T 10G

P.P.V : 27DH30



ALI.O.

Docteur Ali
Dermatologue

Rés. RIHH "D" (Immeuble Inwi) 1er Etage
Angle Bd. Bir Anzarane / Rue Caïn Al Achir
Tél : 05 22 25 23 98 - 06 38 08 02 06



192,90

PHARMACIE DES STADES 201
50, Rue Al Foulal - Casablanca
Tél : 05 22 25 49 25
RC : 245509 - Pie. : 35873067
IF : 40436642