

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 - 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

116778

Déclaration de Maladie : N° P19-0005903

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 309918 Société :

Actif

Pensionnée(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Zaphir Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-0005903

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 000 30 99/2 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZEIFRI MARIA

Date de naissance :

Adresse : 378 Hay el Farsh bd Abu chouzib
Dakiki Casablanca

Tél. : 06.63.10.01.12 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/02/2022

Nom et prénom du malade : Zeifri Hana Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection dermatologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

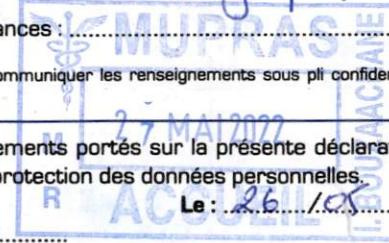
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 26/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 08/09/2022 | 05 | | 300 DH |  Dr. HAIM |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------------|-----------------------|
|  I.N.P.E. 02350622 | 26/06/2018 22 | 62.50 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr HAIM Hind

- Diplômée de la Faculté de Médecine et de pharmacie de Casablanca
- Diplômée en Médecine Esthétique Cosmétologie et Lasers - Besançon - France
- Ancien Médecin interne au CHU Ibn Rochd
- Ancien Médecin Interne au CHU Hôtel Dieu Nantes - France
- Maladies et chirurgie de la peau, cheveux et ongles
- Infection sexuellement transmissibles
- Allergie cutanée et brûlures
- Médecine esthétique anti-âge : peeling, Botox, Fillers
- PRP, Mésothérapie, Cosmétologie
- Lasers



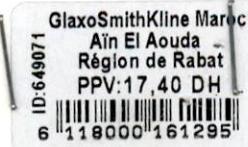
الدكتورة هايم هند

- خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- دبلوم طب التجميل والعلاج بالليزر ببرنسون
- طبيبة سابقاً بمستشفى ابن رشد
- طبيبة سابقاً بمستشفى Hôtel Dieu - ثانة فرنسا
- أمراض و جراحة الجلد، الشعر والأظافر
- الأمراض المتنقلة جنسياً
- الحساسية والجرح
- طب التجميل
- العلاج بالليزر

Casablanca, le : 25/2/2022

POV
1 جل

Abdellatif Zerfati NAR



1) Demrol une

1x100

ax 1 | 200

ICP : 0615413531000084

Tél :

33 22 31 62 10

251, Bd des Champs Boukraa

PHARMACE

DR HAIM HIND

10000 Casablanca

MAROC

www.dr-haim-hind.com

info@dr-haim-hind.com

052227899

0522203373

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

0670020621

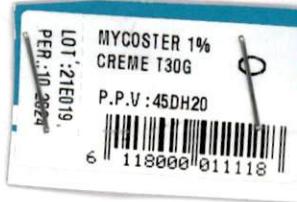
0670020621

0670020621

9 Tygelsewic
45,25

S.V.

205/380



A photograph of a handwritten signature in black ink that reads "Dr HAIM Hind" and "Dermato-Vénérologue". Below the signature is a blue rectangular stamp with the letters "HH" in a stylized font. The stamp also contains the text "Dr HAIM Hind" and "Dermato-Vénérologue".