

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-691104

221001

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00907

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

RAY. RAM MUSTAPHA

Date de naissance :

21/09/1951

Adresse :

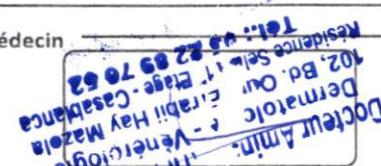
DB HOURIA RUE 208 N° 78

Tél. :

06 17 00 96 96 Total des frais engagés : 1341,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

21/06/2022

Age:

Nom et prénom du malade : RAY. RAM

Prénom : RAY. RAM

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Diabète

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 :

RAY. RAM

Le : 24/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

RAY. RAM

00907

## **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
21-06-22	cc		3500	
			1000	
			1000	
			500	
				INP : 4064370100
				Residence Sante / Etablissement
				102, Bd. du Mont d'Or - 75018 Paris
				Document émis le 05/07/2022

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Naima</b> <b>Pharmacie</b> <b>CASABLANCA</b> <b>21.06.22</b> <b>Bloc 211 n°14</b> <b>Hab. Houssein</b> <b>Tunisie</b> <b>Ref. 41</b> <b>Abd. El Khatib</b> <b>022 203100</b>	21.06.22	 <b>331.20</b> <b>Pharmacie Naima</b> <b>UP 0004569</b>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

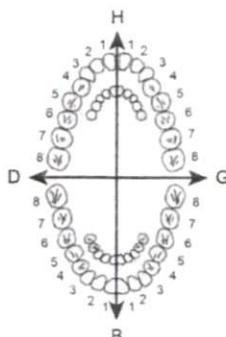
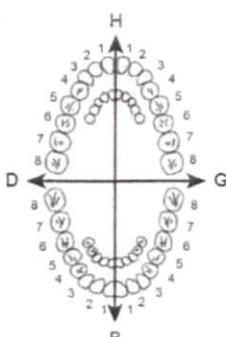
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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	INP : <input type="text"/>												
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION												
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G	00000000	00000000														
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS												
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION												

# Docteur Amina LATIFI EP HALLI

DERMATOLOGIE VENEROLOGIE

Ex. Médecin chef de l'hôpital Aïn Chock

- Maladies de la Peau, Cheveux, Ongles
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Cosmétologie      ■ Allergologie
- Chirurgie de la peau      ■ laser



الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلي

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتجميلية  
طبية رئيسية سابقاً بمستشفى عين الشق

- |                               |                        |
|-------------------------------|------------------------|
| ■ أمراض الجلد والشعر والأظافر | ■ أمراض الحساسية       |
| ■ التجميل                     | ■ الأمراض التناسلية    |
| ■ العلاج بالليزر              | ■ جراحة الجلد والأظافر |

Casablanca le : 21-06-22 الدار البيضاء في :

Rassem      Aufsatz

169.20

- Augmenter socle 19

74.80 + 2      Jacht  
- Spec 19      ep = 19  
19 2014      19 2014

14.00

- Aufsatz      ep = 19

19 2014

331.80

S.V.

S.V.

S.V.

PPU: 168.20 DH  
LOT: 647989  
PER: 08/23

LOT: 05821034  
PER: 12/2024  
PPV: 74.80 DH

LOT: 05821034  
PER: 12/2024  
PPV: 74.80 DH

PPV: 14DH00  
PER: 04/25  
LOT: L1579

Residence Selma 1<sup>er</sup> étage - Oulfa - Casablanca  
102, Bd. Oum Errabii Hay Mazola  
Dermatologie - Venerologie  
Docteur MINA LATIFI EP. HALLI  
Tél: 05 22 89 76 52  
Fax: 05 22 89 76 52  
Mobile: 05 60 74 36 36



102, Bd Oum Rabii Hay Mazola. Résidence selma 1<sup>er</sup> étage - Oulfa - Casablanca - Tél : 05 22 89 76 52 - GSM : 06 60 74 36 36

06 60 74 36 36 المحمول : 05 22 89 76 52 شارع أم الريحان حي مازولا إقامة سلمى الطابق الأول - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف :

# Docteur Amina LATIFI EP HALLI

DERMATOLOGIE VENEROLOGIE

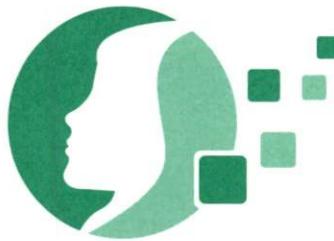
Ex. Médecin chef de l'hôpital Aïn Chock

■ Maladies de la Peau, Cheveux, Ongles

■ Maladies Sexuellement Transmissibles

■ Cosmétologie ■ Allergologie

■ Chirurgie de la peau ■ laser



الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلي

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتتناسلية

طبيبة رئيسية سابقاً بمستشفى عين الشق

■ أمراض الجلد والشعر والأظافر ■ التجميل

■ الأمراض التناسلية ■ العلاج بالليزر

■ جراحة الجلد والأظافر

Casablanca le : 21-06-22 الدار البيضاء في :

facture et compte rendu

Recu le somme de 1000\*  
400\* (mille dirhams plus  
taxe) tel que dû à la épidémie infectie  
Normes avec des symptômes local + général  
et les honoraires compris de la part de Dr Rabeh  
Medecine le 21-06-22

Dr Amina LATIFI EP HALLI  
Dermatologue - Venerologue  
102, Bd. Oum Rabii Hay Mazola  
Résidence Selma 1er étage - Oulfa - Casablanca  
Tél: 05 22 89 76 52