

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 : **12268**

Société : **RAAN**

Actif

Pensionnée(e)

Autre :

Nom & Prénom : **DELKHAT Rym**

201387

Date de naissance : **01/02/1981**

Adresse : **53, lot 30002 - Ain Diab**

CASA

Tél. **06 61 46 66 86**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **DR. HANNOUN SOFIA** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Affection dermatologique**

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 : **CASA**

Le : **15/03/2024**

Signature de l'adhérent(e) : **Hannoun Sofia**



Autorisation CNPD N° : AA-215 / 2019

PRAFR05_V2_20102023

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficent	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant de l'attribution des Actes
13/03/2024	DR S.HANNA 408 3rd Zerkalo Casablanca Tel: 0522 26 95 Fax: 0522 26 35 36	300 DH DR S.HANNA DERMATOLOGIST 408 3rd Zerkalo Casablanca Tel: 0522 26 35 36 051 34 64 13	300 DH	DR S.HANNA DERMATOLOGIST 408 3rd Zerkalo Casablanca Tel: 0522 26 35 36 051 34 64 13

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ORZAC 168 LOISSIMONT SINDIBAD TUNISIE - CASABLANCA 052.79.73.74	13/03/24	165,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.



13/03/2024
DR S.HANNOUD EP CHAOUI
DERMATOLOGUE
408 Bd Zerkouni, Bourgogne
Casablanca 36 / 0661 34 64 35
Tel: 0522 26 35 36 / 0661 34 64 35
GUATLAVEN Sofia

1) Alcastéril solution 98,-
1 g x 21 j pour le housette
22,70
2) Baigrette crème 45,20
1 g x 1 Mois x 7 j
3) Mycoster crème 0,1 g x 1 Mois x 7 j
en intérieur
T: 161,90

LOT:	HH0878U3
PER:	07 2026
PPV:	22 70

MYCOSTER 1%
CREME T30G
P.P.V: 45DH20
Barcode: 5 118000 011118

DR S.HANNOUD EP CHAOUI
DERMATOLOGUE
408 Bd Zerkouni, Bourgogne
Casablanca 36 / 0661 34 64 35
Tel: 0522 26 35 36 / 0661 34 64 35

9) Cicatrose très réparatrice

1 opp Metz et poche
sur le visage x Amis

~~DR S.HANNOUD En CHACUI~~
~~DERMATOLOGIE~~
~~408 Bd Zektouni,Bourgogne~~
~~Tél: 0522 26 35 36 / 06 13 34 64 35~~