

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <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.

**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](http://www.mupras.com)

## Déclaration de Maladie

N° W19-462845



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

22926

Cadre réservé à l'adhérent(e)

10305

R A M

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Meryem TATBI (Né(e) MARYAM Abdellah)

Date de naissance :

1969

00/00/00

Adresse :

Rue 3 Im 203 App 4 HAI MA 2- LA 000

Tél. : 0661686569

Total des frais engagés :

1672,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

12 - 02 - 2020

Nom et prénom du malade :

MARI KH hoda

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 :

ACCUEIL

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

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
12-07-2020	FC		1350,-00	INP : 091037803 Docteur Amina LATIFI Ep. H Dermatologie - Vénérologie Oum Errakha Hay Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE HIB</b> Hay Raha Plus Banais N°51 Bas Beausejour - Côte Tél.: 022.94.99.34	12/02/20	1323.60

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

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																					
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins																					
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																					
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (List of teeth treated)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	<b>INP :</b> <input type="text"/>																
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> <td colspan="2"></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			
H		25533412 21433552																			
D		00000000 00000000																			
B		35533411 11433553																			
G																					
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																			
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																			
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																			
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																			
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																					
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																					

# 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
- Chirurgie de la peau
- Allergologie
- laser



## الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلي

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية  
طبيبة رئيسية سابقاً بمستشفى عين الشق

- أمراض الجلد والشعر والأظافر
- أمراض التناسلية
- التجميل
- العلاج بالليزر
- جراحة الجلد والأظافر

Casablanca le : 16-02-2016

الدار البيضاء في :

Dermik 10mles  
289,00 x 3  
- curacne gel a 20mg  
1 sach.

Maphar  
Km 10, Route Côtier 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Curacne 20mg cap molle b30  
P.P.V : 289,00 DH  
6 118001 180721

Maphar  
Km 10, Route Côtier 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Curacne 20mg cap molle b30  
P.P.V : 289,00 DH  
6 118001 180721



- curacne gel a 10mg  
1 sach.



152,20 x 3  
1 sach.

Maphar  
Km 10, Route Côtier 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Curacne 10mg cap molle b30  
P.P.V : 152,20 DH  
6 118001 180714

Docteur Amina LATIFI Ep. HALLI  
Dermatologie - Vénérologie  
102 Bd. Oum Errahil Hay Mazola  
Résidence Selma 1<sup>er</sup> étage - Casablanca  
Tél.: 05 22 89 76 52

PHARMACIE  
Hay Raha Rue Banafsai  
N°51 Bis Beausejour Casablanca  
Tél: 022.94.99.34