

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° W19-478285

ND : 31640

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e) Matricule : **5444** Société : **R.A.M.**

Actif **Pensionné(e)** **Autre**

Nom & Prénom : **HAMDOUN Abdellah**

Date de naissance : **05 10 1962**

Adresse : **HARISI ELLE**

Tél. : **0522 499284** Total des frais engagés : **1095,70** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **08/06/2020**

Nom et prénom du malade : **HAMDOUN WIJDANE** Age : **21 ans**

Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie : **Dermatos**

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 : **15/10/2020**

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| le 8 - 6 - 20 | Dermatose | Se, 200 | INP : 091028857 | Dr. Rabih Bader |

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| | 09/06/2010 | 895,70 |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|--|---|------------------------|------------------------|---|
| | | | | <input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS |
| | | | | <input type="text"/> DÉBUT D'EXÉCUTION |
| | | | | <input type="text"/> FIN D'EXÉCUTION |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | <input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
| | <input type="text"/> H | <input type="text"/> G | <input type="text"/> B | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS |
| | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | <input type="text"/> DATE DU DEVIS |
| | 35533411 | 11433553 | | <input type="text"/> DATE DE L'EXÉCUTION |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Moussaid Latifa

Dermatologie - Vénérologie
Brûlés, Médecine Esthétique, Laser

Maladies de la Peau, des Ongles
Maladies Sexuellement Transmissibles, Chirurgie de la Peau et des Ongles, Allergologie, Cosmétologie, Laser

Diplômée en Médecine Esthétique et en Laser de la Faculté de Médecine de Besançon (France)
Membre de la société Française de dermatologie

Attachée à la Polyclinique CNSS Darb Ghallaf
Attachée à la Polyclinique CNSS Bernoussi



الدكتورة لمصطفى مساعدة

اختصاصية الأمراض الجلدية والتناسلية
الحرق، التجميل والليزر

أمراض الجلد، الشعر والأظافر، الأمراض التناسلية
جراحة الجلد والأظافر

أمراض الحساسية، التجميل، الليزر

حاصلة على دبلوم التجميل والليزر من جامعة بيزانسون (فرنسا)
عضوة الجمعية الفرنسية لطب الجلد

ملحقة بمصحة الضمان الاجتماعي درب غاف
ملحقة بمصحة الضمان الاجتماعي البرنوسي

Casablanca, le :

8/6/2021

لقاء مع الم病

138,-

1

لotion gel
nettoyant



67,-

2.

erythiol neutri-
gel



219,-

3

borotalx tisach v



193,50

4

sofolic 200



115,-

5

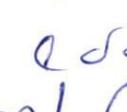
suppletive 47



163,00

6

oleoear 90 gel



شارع أم الربيع، شقة رقم 15 (بجانب ليديك الألفة) الدار البيضاء، الهاتف: 05 22 93 11 34 - 06 63 23 08 80 - المحمول:

N° 193, Résidence Oum Rabii, Bd. Oum Rabii, Appt.15 (A côté de la lydec Oulfa)

Tél. : 05 22 93 11 34 - Gsm : 06 63 23 08 80 - E-mail : latimoussaid@hotmail.com

I.F : 40415419 - Patente : 36019538 - ICE : 002134416000020 - INP : 091028357

