

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 du 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>A1081</u> Société : <u>RAM</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>X DS14</u>
Nom & Prénom : <u>FALAH I MAD</u>			
Date de naissance : <u>05/08/1976</u>			
Adresse : <u>216 lot zaouïn Rue de Agdal 20 au 162</u>			
Tél. : <u>0679 383 966</u> Total des frais engagés : <u>635,10</u> Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>02/11/2023</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Falah I mad.</u> Age : _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Sématolegique</u>			
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 : <u>CASABLANCA</u>	Signature de l'adhérent(e) :		
Le : <u>02/11/2023</u>			



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
09/10/2012	C5		250,00	INP : 0911857G0

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ANISSA 312 Lot 200bh Casablanca	02/01/2023	385 Dhs

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

VOLET ADHÉRENT



Dr. Imane TIRHAZOUINE

- Dermatologie - vénérérologie
 - Allergologie
 - Chirurgie de la peau et des Ongles
 - Dermatologie Esthétique
 - Laser

- اختصاصية في أمراض الجلد والشعر والأظافر
 - الأمراض التناسلية حساسية الجلد
 - جراحة الجلد والأظافر
 - الطب التجميلي الليز

Casablanca le

04/10/2023

\mathcal{H}^n (max) Falak

69

3) - Alkaline solution

S.V.

✓ Safe + 0.0

Pilette de wps. Rice, brain sickle

2) - Deenyal ave

J'apprécie le matin son le visage

17,40

3) - Diploma con

rappe le mi sur le visage

Copy 5

① Preparation

$\lambda^{\alpha\beta}$

Dexenyl amine (125m)

Diproneine (300)

Duisine cune (60g)

l'appelle lui une des leçons du mythe

N1865269

+212 5.22 90 54 63  imane_tri@hotmail.com

344, Bd Qued Daoura, Lot Haj Fateh - Oulfa
Casablanca - Maroc



g. Thyrofle gel 110 mg



legel / peraine

76,70

385,10



GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
ID:65259 PPV: 17,40 DH
6 118000 161295

LOT : 069
PER : FEV 2026
PPV : 58 DH 00

LOT : 072
PER : MAI 2026
PPV : 58 DH 00

LOT : 3G1L0
FAB. : 02/2023
UT. AV. : صالح لغاية 02/2026 PPV : 51.00 dhs

AM91 0626
LOT PER
Prix 69.00

LOT : 167
PER : MAI 2026
PPV : 32 DH 50

LOT : 164
PER : JAN 2026
PPV : 32 DH 50

LOT : 079
PER : JAN 2026
PPV : 76 DH 20

18/01/23