

# 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

- 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.

M22- 0024975

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
**3265**

Matricule : ..... Société : ..... **187238**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Houfissa MEKOVAR Veuve Farid ACHOUR**

Date de naissance : **20/02/1952**

Adresse : **Résidence Dufa - ILot 4 - maison 18 - Kassabat El Kheir - HARHOURA**

Tél. : ..... Total des frais engagés : **741-DH.Dhs**

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **12/12/2023**

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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

Nature de la maladie : ..... **DERMATOLOGIE**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : **DERMATOX**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **ACCUEIL SVS**

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : **SVS**

## 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
12/12/2023	C		300' DH:	Dr. EL BACHIR CATALOGUE San Francisco Av. 100 ANNEK / tel 06 6 81 33 INPE 011-00043

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE ROCHE BLANCHE</b> Av. Mly. Abdellah Villa Roucaina Harrouha - Tel.: 05.37.74.47.07 ICE: 00214130300020 91309824 - NPE: 103	<b>01/12/23</b> <b>PHARMACIE ROCHE BLANCHE</b> Av. Mly. Abdellah Villa Roucaina Harrouha - Tel.: 05.37.74.47.07 ICE: 00214130300020	<b>1441,00</b>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 des JDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 D 35533411	21433552 00000000 G 11433553		Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Pharmacie ROCHE BLANCHE - Temara (New)**

Khaoula LOUGRAT

0537744707



**Facture N° FAC-45476**

Date : 14/12/2023

**MEKOUAR NOUFISSA**

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
DAIVOGBT 50µG/0.5MG/G POMMADE TUBE 60G GM	1	441,00	2	441,00

Code de TVA	1	2	3
Taux	0%	7%	20%
Montant (DHS)	0	28,85	0

Total HT	412,15 DHS
TVA	28,85 DHS
Total Organisme	0 DHS
Total Client	441,00 DHS
<b>Total</b>	<b>441,00 DHS</b>

**Arrêté la présente facture à la somme de : quatre cent quarante et un DHS**

PHARMACIE ROCHE BLANCHE  
Av. Mly. Abdellah, Villa Roucaina  
Harhoura - Tel.: 0537744707  
ICE: 002141303000020  
IF: 91309824 INPE: 102050903

IF : 91309824 ICE : 002141303000020

Tel : 0537744707

Adresse : av moulay abdellah villa roucaina harhoura, temara

# Dr. Amal EL BAKKAL

Dermatologue - Vénérérologue

- Maladies et chirurgies de la peau, des cheveux et des ongles
- Infections sexuellement transmissibles
- Dermatologie pédiatrique
- Dermatologie esthétique et lasers médicaux
- Ex-Directrice et dermatologue à l'hôpital Al Korobi - Tanger
- Diplômée des facultés de Montpellier et Marseille (France)



## كتورة أمال البقال

احترافية طب الامراض الجلدية والتتناسلية

- امراض وجرحة الجلد، الشعر و الاظافر
- الامراض التناسلية
- طب جلد الاطفال
- الطب التجميلي، والعلاج بالليزر
- مديرية و طيبة سابقة بمستشفى القرطبي بطنجة
- دبلوم و شهادة من جامعة مونيليه و مرسيليا بفرنسا

## ORDONNANCE

Le: 12/12/2023

NOUFISA MEKOUAR

### DAIVOBET 50MG / 0,5 MG / G, GEL DERMIQUE

1 APP PAR JOUR L E SOIR PDT 1 MOIS PUIS 1J/2 15JRS PUIS AJ/3  
15 JRS

### KERTYOL SHOMPOING

TOILETTE DES CHEVEUX LAISSER POSER 5MIN PUIS RINCER

PHARMACIE ROCHE BLANCHE  
Av. Mly. Abdellah, Villa Roucaina  
Harchouha - Tél.: 05 37 74 47 07  
ICE: 002141303000020  
I.F: 91309824-INPE: 102050903  
Dr. Amal EL BAKKAL  
Dermatologue  
9 Imm San Francisco, Av Habib Bourguiba  
Iberia TANGER / Tel: 06 61 81 33 22  
INPE: 011300043



9، عمارة سان فرانسيسكو، شارع الحبيب بورقيبة، إسبانيا - طنجة  
9, Imm San Fransisco, Av. Habib Bourguiba, Iberia, Tanger

- INPE : 011300043
- 06 61 81 33 22
- ✉ contact@dermatobakkal.ma
- 🌐 www.dermatobakkal.ma