

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0024975

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3265 Société : 187238
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Houfissa MEKOUAR Veuve Farid ACHOUR
 Date de naissance : 20/02/1952
 Adresse : Résidence Oulfa - Lot 4 - Maison 18 - KASSABALA 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 : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

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.

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
12/12/23	G		300' DH	


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ROCHE BLANCHE Av. Mly. Abdelhak, Villa Roucaina Harhouha - Tél.: 05 37 74 47 07 ICE: 002141303000020 I.F.: 91309824 - INPE: 102050903	12/12/23	441,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

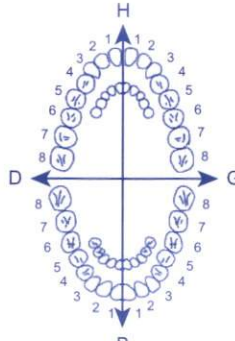
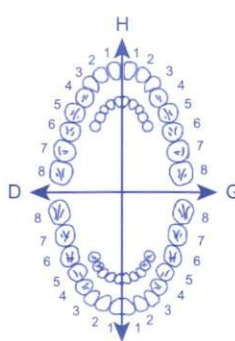
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
						

RELEVÉ 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 JDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie ROCHE BLANCHE - Temara (New) (NEW)

Khaoula LOUGRAT

0537744707



Facture N° FAC-45476

Date : 14/12/2023

MEKOUAR NOUFISSA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
DAIVOBET 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
Total	441,00 DHS

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

PHARMACIE ROCHE BLANCHE
Av. Mly. Abdellah, Villa Roucaina
Harhouha - Tél.: 05 37 74 47 07
ICE: 002141303000020
I.F.: 91309824 INPE: 102050903

IF : 91309824 ICE : 002141303000020
Tel : 0537744707

Adresse : av moulay abdellah villa roucaina harhouura, temara

Dr. Amal EL BAKKAL

Dermatologue - Vénérologue

- 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 Koriobi - Tanger
- Diplômée des facultés de Montpellier et Marseille (France)



كتورة أمال البقال

إخصائية طب الأمراض الجلدية و التناسلية

- أمراض وجراحة الجلد، الشعر و الأظافر
- الأمراض التناسلية
- طب جلد الأطفال
- الطب التجميلي و العلاج بالليزر
- مديرة و طبيبة سابقة بمستشفى القرطبي بطنجة
- دبلوم و شهادة من جامعتي مونتيليه 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 1J/3 15 JRS

KERTYOL SHOMPOING

TOILETTE DES CHEVEUX LAISSER POSER 5MIN PUIS RINCER

PHARMACIE ROCHE BLANCHE
Av. Mly. Abdellah, Villa Roucaina
Harhouha - 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

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC
Quartier Ansalene-Rue d'Arnyot d'Enville
BP 10677 CASABLANCA-MAROC

DAIVOBET® 50 mg/0,5 mg/g pommade
Tube de 60g



6 118001 200832

PPV : 441 DH 00

9، عمارة سان فرانسيسكو، شارع الحبيب بورقيبة، إيبيريا - طنجة

9, Imm San Francisco, Av. Habib Bourguiba, Iberia, Tanger

• INPE : 011300043

☎ 06 61 81 33 22

✉ contact@dermatobakkal.ma

🌐 www.dermatobakkal.ma