

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.

**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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0044484

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

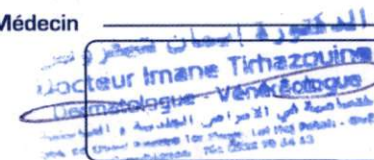
☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1511 Société : MUPRAS  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : KOURANE Latife  
 Date de naissance : 18/03/1950  
 Adresse : Résidence K.A.M. - I0074 - Apt 2 - OULFA Casablanca  
 Tél. : 0669.13.13.70 Total des frais engagés : 674,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/12/2022  
 Nom et prénom du malade : Kourane Latife Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Dermatologique [Onychomycose]  
 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 : 27/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Kourane

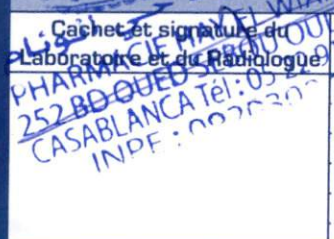
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 12/12/2022      | Cs,               |                       | gratuit                         |  |
| 21/12/2022      | cahier            |                       | gratuit                         |                                                                                    |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                           | Date       | Montant de la Facture |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
|  | 12/12/2022 | 200,00                |
|                                                                                  | 21/12/2022 | 474,00                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue                              | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------|------------------------|
|  | 12/12/2022 |                              |                        |
|                                                                                  | 21/12/2022 |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

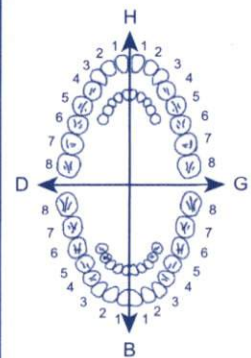
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| 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<br>PROTHESES DENTAIRES                                                        | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H<br/>25533412<br/>00000000<br/>D<br/>00000000<br/>35533411<br/>B           </div> <div>             21433552<br/>00000000<br/>G<br/>00000000<br/>11433553<br/>B           </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Imane **TIRHAZOUINE**  
د. إيمان تيغزوين

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

- اختصاصية
- في امراض الجلد و الشعر و الاظافر
- الامراض التناسلية حساسية الجلد
- جراحة الجلد و الاظافر
- الطب التجميلي الليزر

casablanca le

21/12/2022

Mme Kourame Latifa



LOT: 034  
PER: AVR 2024  
PPV: 237 DH 00



LOT: 031  
PER: AVR 2024  
PPV: 237 DH 00

1 - Onifine cp 250mg  
237,00 x 2

474,00



Après repas

x 2

صيدلية حي الوئام  
PHARMACIE HAY EL WIAM  
252 BD OUED SEBOU OULFA  
CASABLANCA Tél: 05 22 91 17 2  
INDE: 007 308 40

Dr. Imane Tirhaouine  
Dermatologue - Vénéréologue  
344 Bd Oued Daoura lot Haj Fateh - Oulfa  
Casablanca - Tél: 05 22 91 17 2

t +212 5 22 90 54 63 e imane\_tr@hotmail.com

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



# Dr. Imane TIRHAZOUINE

## د. إيمان تيغزوين

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

- اختصاصية
- في امراض الجلد و الشعر و الاظافر
- الامراض التناسلية حساسية الجلد
- جراحة الجلد و الاظافر
- الطب التجميلي الليزر

casablanca le

12/12/2022

Dr. Kourane Labo



LOT: 0009  
PER: 03-23  
PPC: 48.00 DH



LOT: 220685  
PER: 07-2025  
PPV: 28.00DH

124,00

1 - Co. Amoxiclav sachet 1g



48,00

2 - Septogel 1g Plus



28,00

3 - Coccidin crème



200,00

1 sachet à 45 sur la lèvre



Dr. Imane Tirhazouine  
Dermatologue Vénéréologue  
344, Bd Oued Daoura 1er Etage Lot Haj Fateh  
Oulfa - Casablanca - Tél: 0522 38 51 61

Dr. Imane

t +212 5 22 90 54 63 e imane\_tr@hotmail.com

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