

# 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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2160

Société : RAM 168433

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUROUIS HASSANIA

Date de naissance : 30/10/1948

Adresse : 268, Bd Zinadui N°7 CASA

Tél. : 066.291.44.49

Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Wafae KULMANE  
Dermatologue-Vénérologue  
88. AV. Fal Ould Oumeïd - 3daï  
Rabat - Tel.: 037 01 20 24

Date de consultation : 20/06/2023

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

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Emyosipèle

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 : CASA Le : 14 JUIL. 2023

Signature de l'adhérent(e) : B. BOUROUIS

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
20/06/23	9 + Bilan	C2	300DH	<del>Dr. Wahid OULD MAME</del> <del>Dermatologue-Vénérologue</del> 88, Av. la Ould Oumeir, Agdal Rabat Tel.: 037 67 26 24

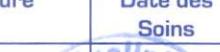
## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
102019890	20/06/2023	165,80

## **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	
	25/07/2008	* Tél : 05 33 58 20 00	INPE: 100064070	*		

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

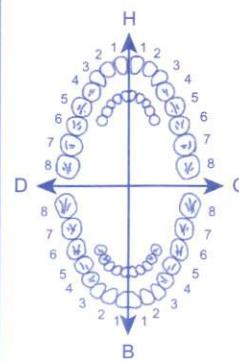
### Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



## **(Création, remont, adjonction)**

	L'EXECUTION	

Docteur KOZMANE Wafae

Dermatologie - Vénérologie

Maladies de la peau, du cuir

chevelu et des ongles

Maladies sexuellement transmissibles

Soins esthétiques et cosmétiques

Chirurgie dermatologique

الدكتورة قزمان وفاء

اختصاصية في الامراض الجلدية والتتناسلية

جراحة الجلد وطب التجميل

Rabat, le 24/07/2013  
Dr. Wafaa KOZMANE  
Dermatologue et Vénérologue  
88, Av. F. Agdal  
Rabat

Bouillotte 10,70 Dhs  
64,20 Dhs  
Pharmacie Dr. YOUSSEF LAHLOU  
Rue de Rabat - Témara  
Tél.: 05 37 74 11 63



صيدلية الوشناد  
Pharmacie du Conseil  
Dr. Youssef LAHLOU  
33, Rue de Rabat - Témara  
Tél.: 05 37 74 11 63



Falun.

Complex — a 15<sup>j</sup>.

Dr. K. G. M. E. W.  
Derm. (o.v.)urologie  
Dr. M. F. Gould. O.M.R. Addal  
R. S. D. — 1966: 05. 3. 37. 73

# PENITARD®

Benzylpénicilline Benzathine

10,70

10,70

10,70

10,70

10,70

10,70

1

2

3

4

5

6

ID:650635 GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV:17,40 DH  
  
6 118000 161295

# Dermofix®

Poudre

Sertaconazole

84,20

Dermoval  
0,05 % CREME

Tube de 15 g



# POLYCLINIQUE WIFAK

## F A C T U R E

N° Admission : 22L0414-07A

N° : **4587 / 2023** du **25/06/2023**

Nom patient	<b>BOUROUIS HASSANIA</b>	Entrée	<b>25/06/2023</b>
	<b>PAYANT</b>	Sortie	<b>25/06/2023</b>

Désignation des prestations	Nombr	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
INJECTION	6,00		25,00	150,00
<i>Sous-Total</i>				150,00
<b>Total Clinique</b>				<b>150,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total	<b>150,00</b>

Polyclinique Wifak  
Lotissement Wifak, Lot Eq 1  
Tél: 05 37 58 20 00