

## 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

M23-0021587

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3087 Société : RAM 172035  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : NACHIL Abdelhak  
 Date de naissance : 01.01.50  
 Adresse : 1000 EL WADIA, Bd. N. 1 Ben el kh  
 Tél. : 06 09 899877 Total des frais engagés : 730 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04.08.2023  
 Nom et prénom du malade : NACHIL Basma  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Dermatologique  
 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 : / /  
 Signature de l'adhérent(e) :

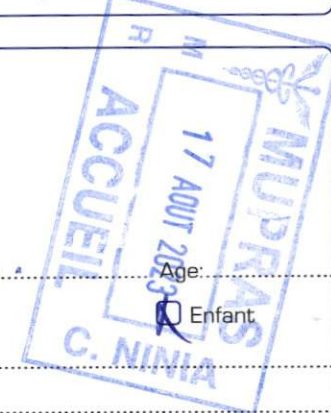
### Adresses Mails utiles

- 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
04/08/23	C		250,00	<p>Dr. Imene TIRHAZOUINE</p> <p>Dermatologue - Vénérologue</p> <p>الطبيبة العامة في الأمراض الجلدية و الأمراض المنقولة جنسياً</p> <p>الطبيبة العامة في الأمراض الجلدية و الأمراض المنقولة جنسياً</p> <p>الطبيبة العامة في الأمراض الجلدية و الأمراض المنقولة جنسياً</p>
07/08/23	C		250,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
<p>REVUE</p> <p>PHARMACIE CH. TAHIRI HASSANI</p> <p>10 Ave. Afghanistan</p> <p>Hay Hassani - Casablanca</p> <p>0522 40 32 63 - Fax: 0522 40 32 63</p>	07/08/2023	206,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>EXCULIAB</p> <p>Laboratoire d'Analyses Médicales</p> <p>Dr. ANKORINOS</p> <p>Tel: 0522 40 32 63 - Fax: 0522 40 32 63</p>	08/08/23	1790 1PS	280,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

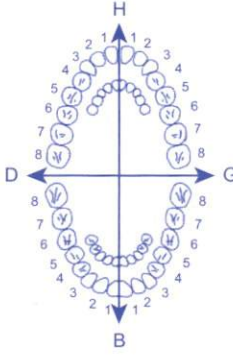
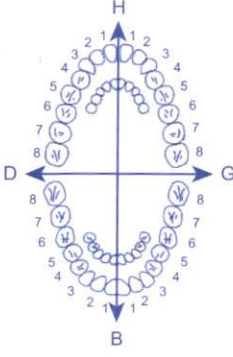
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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. 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																	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



# Dr. Imane TIRHAZOUINE د. إيمان تيغزوين

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

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

Casablanca le 07/09/2023



Mr. Nachik Bama

152,20  
Curacne 10mg

1cp/5 après repas

x 10

2- New Derm Hydus G crème 140,-  
Appl x 4/5 sur le visage

3- Larmaback gtt  
54,10  
gtt x 3/5 5x

4- Vaselin rouge gtt  
206,30  
Appl x 3/5 sur les lèvres



REVEAL S.A.  
PHARMACIE CHIR.  
M. TAHIRI HASSANI  
10 Ave. Afghanistan  
Hay Hassani - Casablanca  
Tel.: 0522 90 32 63 - Fax: 0522 90 32 63

+212 5.22 90 54 63 [imane\\_tri@hotmail.com](mailto:imane_tri@hotmail.com)  
344, Bd Qued Daoura, Lot Haj Fateh - Oulfa  
Casablanca - Maroc

RSV 3 semaines



**FACTURE N° : 2308052003**

**INPE: 093061067 IF:14377655**

Casablanca le 05-08-2023

**Mlle Basma NACHIT**

Date de l'examen : 05-08-2023

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
	- ALAT (transaminase TGP)	B50	B
	- ASAT (transaminase TGO)	B50	B
	Cholestérol	B30	B
	Triglycérides	B60	B

Total des B : 190

TOTAL DOSSIER : 280.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent quatre-vingts dirhams

**EVOLULAB**  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Dr. Aziz MOTAOUAKKIL  
187, Bd Ibnou Sina - Casablanca  
Tél : 0522 95 03 34 - Fax : 0522 94 77 45  
Email : evolulab@hotmail.com - RC : 267035



Dr. Imane **TIRHAZOUINE**  
د. إيمان تيززوين

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

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

Casablanca le

06/05/2023

7<sup>me</sup> Nachit Beney

1) - APT, SAT

2) - OR, TG

EVOLULAB  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Dr. Aziz M. Singh - Casablanca  
187, Bd. Idriss - F. 0522 94 71 035  
Tél.: 0522 95 03 34 - Fax: 0522 94 71 035  
Email: evolulabo@hotmail.com - PC: 231035

Dr. Imane Tirhazouine  
Dermatologue - Vénéréologue  
344, Bd. Qued Daoura - Lot Haj Fateh - Oulfa  
Oulfa - Casablanca - Tél.: 0522 90 54 63

+212 5.22 90 54 63    [imane\\_tri@hotmail.com](mailto:imane_tri@hotmail.com)

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

**Date du prélèvement** : 05-08-2023 à 09:49

**Code patient** : 2308052003

**Né(e) le** : 11-07-2005 (18 ans)



**Mlle Basma NACHIT**

Dossier N° : 2308052003

Prescripteur : Dr IMANE TIRHAZOUINE

**BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE**

**- Cholestérol total**

(Méthode: CHOD-PAP)

1.22 g/l (<2.20)

3.16 mmol/L (<5.69)

**- Triglycérides**

(Méthode: GPO-PAP)

0.49 g/l (<2.00)

0.55 mmol/L (<2.26)

Acceptable : < 2.0 g/l

Limite haute : 2.0-4.0 g/l

Elevée : > 4.0 g/l

**- Transaminases GOT (ASAT)**

(Méthode : IFCC)

15 UI/L (0-35)

**- Transaminases GPT (ALAT)**

(Méthode:IFCC)

8 UI/L (0-45)

Validé par Dr Y.ZEMRANI  
  
Laboratoire EVOLULAB  
Analyses Médicales  
Tél.: 05 22 95 03 34 - Fax: 05 22 94 77 45  
Email: evolulab@hotmail.com - RC: 267035