

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.

M23-U021475

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11447 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MALIKI ZAKARIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06-91-68-94-69 Total des frais engagés : 691,20 DA Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Imans Tirhazouine

Dermatologue - Vénéréologue
Rue Allal Ben Abdellah - Casablanca - Maroc
344, Bd. Oued Dousa 1er Etage
Haj Fath
Casablanca - Tel : 0522 20 54 63

Date de consultation : 21/09/2023

Nom et prénom du malade : MALIKI ZAKARIA Age :

Lui-même

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Dermatologique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 6707-00-3-0

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un emblème 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 : 22/09/2023

Signature de l'adhérent(e) : Jd



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
21/09/23	C. S.		250.00	Dr. HASSAN Dok. Hassan - Vétérinaire Rue 22, Bâtiment 1, Agdal, Rabat 330, Bd. Oued Dabouir El Farga Lot. Hadi Patel Oujda - Casablanca - Tel : 0622 30 54 78

EXECUTION DES ORDONNANCES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 													
				MONTANTS DES SOINS 													
				DEBUT D'EXECUTION 													
				FIN D'EXECUTION 													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G																
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS 														
			DATE DU DEVIS 														
			DATE DE L'EXECUTION 														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	



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

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

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

Casablanca le ٢١/٠٥/٢٠٢٣



LOT : 068
PER : JAN 2026
PPV : 58 DH 00

6 118001 070381

٩١ ملكي زكريا

42,20 PRéparation N° 3710

١) - Préparation

- Vaseline simple (30g)
- Huile solégnique (8g)

PHARMACIE LA VALLE
Dr. Moharram 2023
ot. Opération Lissasta
CASABLANCA - Tel: 05 22 89 59 5
ICE: 00205204000037

20,00

321,00

لابد ليه الس على الظهر

٢) - دوالي على



لابد ليه الس على الأظافر

58,00

٣) - دعفه على



لابد ليه الس على الأذن

20,00

٤) - دعفه على



لابد ليه الس على الظهر

441,20

PHARMACIE LA VALLE
Dr. Moharram 2023
ot. Opération Lissasta
CASABLANCA - Tel: 05 22 89 59 59
ICE: 00205204000037

+212 5.22 90 54 63 imane_tri@hotmail.com

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

Pharmacie LA VALLEE - Casablanca

Dr. Mohammed Amine ASRI

05 22 89 53 59

Lot. Operation Lissasfa E7/59C - lissasfa extension, Casablanca



Facture N° FAC-51905

Date : 21/09/2023

Mr MALKI Zakaria

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
PREPARATION MAGISTRALE	1	42,20	3	42,20
LOCERYL UE 5% FLACON 2.5ML SOL PM MV	1	321,00	2	321,00
ONIFINE CR 1% 30G CREME GM	1	58,00	2	58,00
CLENIDERM CR 30G CREME	1	20,00	2	20,00

Code de TVA	1	2	3
Taux	0%	7%	20%
Montant (DHS)	0	26,10	7,03

Total HT	408,06 DHS
TVA	33,14 DHS
Total Organisme	0 DHS
Total Client	441,20 DHS
Total	441,20 DHS

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

PHARMACIE LA VALLEE
Dr. Mohammed Amine ASRI
et. Opération Lissasfa E7/59C Lissasfa
CASABLANCA - Tel: 05 22 89 53 59
ICE: 002052048000037

