

## 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.

N° W19-444285

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7756	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	KOURD ABDELGHANI
Nom & Prénom : KOURD ABDELGHANI			
Date de naissance : 12.10.1960			
Adresse : RUE EL TANSOUR 1MN 10 Apt 6 B HAY SALAM BD CHANDI CASA			
Tél. : 06 49 20 57 60	Total des frais engagés : 542,30 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Dr. TAZI SAOUD Zineb Dermatologue 47, Emeraude Center, Bd. Oued Laou 4ème Etg. N° 16, Hay Hassani - Casablanca Tél.: 0521 04 01 01 - Gsm: 0688 03 08 36 INPE: 060312625			
Date de consultation : 09/09/2023			
Nom et prénom du malade : ABDELGHANI KOURD			
Age: 77			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Eczéma des mains			
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.

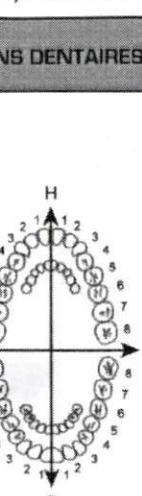
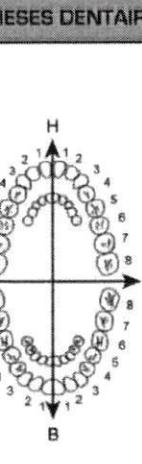
Fait à : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : A. Tazi

Le : 09/09/2023

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
29-09-23 (1)			300 DH	INP : 061B121688
				Dr. TAZI SAOUD Zineb Dermatologue 47, Emeraude Center, Bd. Oued Laou 4ème Etg. N° 16, Hay Hassan

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																									
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																									
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																									
 <b>SOINS DENTAIRES</b>	<b>Dents Traitées</b>	<b>Nature des Soins</b>	<b>Coefficient</b>	INP : <input type="text"/>																					
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																					
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																					
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																					
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																					
				<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b>																					
				 <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">-----</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-----		-----		B	00000000	00000000	35533411		11433553	
					H	25533412	21433552																		
					D	00000000	00000000																		
					-----		-----																		
B	00000000	00000000																							
35533411		11433553																							
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																									
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																									
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																									
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																									
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																									
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																									
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																									
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																									

# Dr Zineb TAZI SAOUD

Dermatologue - Vénérologue

- Maladies de la peau, cheveux et ongles
- Dermatologie chirurgicale
- Dermatologie pédiatrique
- Dermatologie - allergologie
- Lasers médicaux
- Médecine esthétique

- Lauréate de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Diplômée de l'Université de Nantes en dermatologie pédiatrique
- Ancienne interne du CHU Ibn Rochd



DR ZINEB TAZI SAOUD  
DERMATOLOGUE

## ORDONNANCE

### الدكتورة زينب تازى سعود

أخصائية في الأمراض الجلدية و التناسية

- أمراض الجلد، الشعر والاظافر
  - العلاجات الطبية
  - أمراض الأطفال الجلدية
  - الحساسية الجلدية
  - العلاج بالليزر الطبي
  - طب التجميل
- خريجة كلية الطب والصيدلة بالدارالبيضاء
- خريجة طب جلد الأطفال من جامعة تانط
- متدرية سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد

29/09/2023

N<sup>o</sup> Koud Abdellghoni

17,000

1) Dernoval :



1 app x 21 J pdt 15 jours

puis 1 app tous les 9 jrs pdt 15 jrs

puis 1 app tous les 3 jrs pdt 15 jrs

20,7,50

2) Duxyane N.S.



1 app x 21 J pdt 1 m-



To: 24/2, 30

Dr. TAZI SAOUD Zineb  
Dermatologue

47, Emeraude Center, Bd. Oued Laou  
4<sup>eme</sup> Etg. N° 16, Hay Hassani - Casablanca  
Tél.: 0521 04 01 01 - GSM: 0688 03 08 36  
INPE: 061312625

