

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	8326	Société :	146519
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		DRIOUCHY	LOTFI
Date de naissance :		19/06/65	
Adresse :		47 RUE IMAM MOULIM OASIS	
Tél. :		06 61 39 63 06	Total des frais engagés : 800 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	Dr Ghali LEBBAR Gynécologie Obstétrique 38 Bd Bir Anzarane Maârif -Casablanca Tél : 0522 25 35 31 / 39
Date de consultation :	DRIOUCHY LYNA Age: 24
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
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 : 19/10/2023  
Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT

## **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
19/01/23	C.S.		360 D.Y.I	<p><b>Dr Ghali LEKHAR</b>  <i>Gynécologie Obstétrique</i>  38 Bd Bir Anzarane Maârif - Casablanca  Tél : 0522 25 35 31 / 39</p>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE ABOUDABI</b> 9.Rue des Bouvreuils Oasis Casablanca Tél: 022 911111 INPE. 092087428	19/01/23	811,90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

#### **Important :**

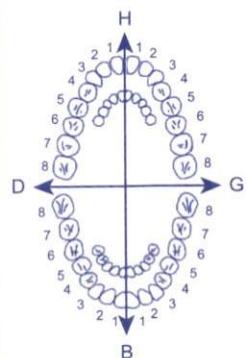
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



## **(Création, remont, adjonction)**

<p><b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b></p>	<p><b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="margin-left: 100px; margin-top: 10px;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		D	G	B		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<p><b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b></p> <p><b>MONTANTS DES SOINS</b></p> <p><b>DATE DU DEVIS</b></p> <p><b>DATE DE L'EXECUTION</b></p>
H																
D	G															
B																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
00000000	00000000															
35533411	11433553															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mohamed El Ghali LEBBAR

GYNÉCOLOGUE • OBSTÉTRICIEN

Diplômé des facultés de médecine de Paris et Amiens

Chirurgie conventionnelle et cœlioscopique

Cœlioscopie • Hysteroscopie • Maladies des seins

STÉRILITÉ DU COUPLE

Inséminations • Fécondation In-Vitro - ICSI

الدكتور محمد الغالي البار

اختصاصي في أمراض النساء والتوليد

خريج كلية الطب بباريس وأمييان (فرنسا)

جراحة الجهاز التناسلي والجراحة بالمنظار

أمراض الندي

أمراض العقم • المساعدة الطبية للإنجاب

Casablanca le ٢٩ | ٠٢ | ٢٠٢٣

Mme DIBBLEH LYNA

1) EFFIPRED

3x5g, 40

= 175, 20

2) AUGMENTIN

168, 20

3) VENTOLINE

49, 30

4) CURACNE

289, 00

5) AMFP

49, 40

6) PREXIN

84, 80

7) CYCLOPIRAL CREAM

811, 00

العيادة: إقامة النور، شارع برشانزاران • الدار البيضاء

Cabinet : Rés. Ennour - 38 Bd. Biranzarane - Maârif

5ème étage (Au dessus Laiterie Yazamij) • Casablanca

Tél. : 05 22 25 35 31 / 39 • الهاتف : 05 22 25 35 39 • الفاكس : 05 22 25 35 31 / 39

Gsm : 06 61 38 49 58 • المحمول : 001687653000089

Dr Ghali LEBBAR

Gynécologie Obstétrique

38 Bd. Bir Anzarane Maârif - Casablanca

Tél : 0522 25 35 31 / 39

في حالة إستعمال

En cas d'urgence

8) ENROUÉX

(1 boîte)

GlaxoSmithKline  
Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH



118001 141258



EFFIPRED® 20 mg  
PPV 58DH40  
EXP 07/2024  
LOT 16030 6

EFFIPRED® 20 mg  
PPV 40DH00  
EXP 09/2025  
LOT 24015 7

49,40

AUGMENTIN 1g/125 mg Sachets

sachet(s) ..... fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.  
Lire attentivement la notice avant emploi.  
كيس...مرة في اليوم يتناول من الأقفال قبل الأكل، خلال... يوم.

Uniquement sur ordonnance  
RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

PPU: 168,20 DH  
LOT: 650128  
PER: 07/24



# بلوكسيبن 20 منغ

بيروكسبيكام بيطاسيكلوديسيترین

20 قرصا قابلة للكسر

عن طريق الفم

**Brexin® 20 mg**

Piroxicam β-Cyclodextrine

20 comprimés sécables

PROMOPHARM S.A.



6 18000 240181

© Chiesi

84,80

Pierre Fabre  
DERMATOLOGIE

كوراكني 20 ملغ

CURACNÉ® 20mg

- ايزوتريتينوين  
*Isotrétinoïne*

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Curacne 20mg cap molle

b30

P.P.V : 289,00 DH



6 118001 180721

30

كبسولة لينة

CAPSULES MOLLES