

# 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.

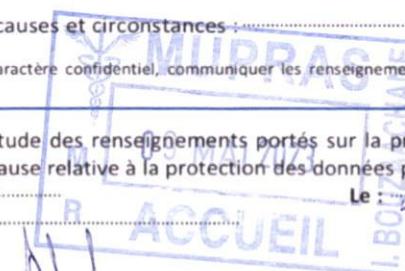
<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>			
Matricule : <b>2349</b>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>BOUCHA MA ABDELILAH</b>			
Date de naissance : <b>20/6/51</b>			
Adresse : <b>habitatuelle</b>			
Tél. : <b>0661453654</b>	Total des frais engagés :	<b>1467</b>	Dhs
<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin :			
<i>Dr. Mehdi TOUMATI BENJELLOUN Dr. BOUMATI LOGUE Angle 222 2 Mars et rue Amsterdam Casablanca tel 05 22 20 45 45</i>			
Date de consultation : <b>28/04/23</b>			
Nom et prénom du malade : <b>Mr BOUCHAMA ABDELILAH</b> Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>Douleur</b>			
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 : **Carap**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **28/04/2023**



### 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
20.04.23	CS		300 DH	INP : 091166107  Dr. Meriem TOUCAMI BENHILOUN RHUMATOLOGUE Angle Bd 2 Marsala et Bd 22 Marsala Casablanca Tel: 0522 83 50 30 Email: dr.meriem.toucamibenhiloun@gmail.com

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28.04.23	1167,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

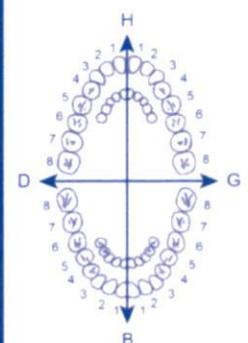
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

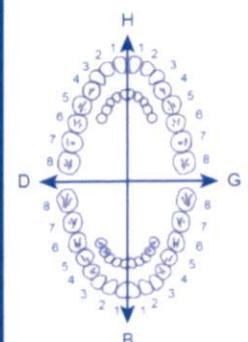
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

**Dr. Meriem TOUIMI  
BENJELLOUN**

SPECIALISTE EN RHUMATOLOGIE

- Echographie ostéo-articulaire (Paris)
- Rhumatologie interventionnelle (Grenoble)
- Pathologies osseuses médicales (Paris)
- Polyarthrites et maladies systémiques (Paris)
- Biothérapie



**الدكتورة مريم تويими  
بنجلون**

- أخصائية في أمراض المفاصل والعظام والروماتيزم
- الفحص بالصدى (باريس)
  - علاج هشاشة العظام (باريس)
  - التهاب المفاصل وأمراض الطب الباطني (باريس)
  - العلاج بالأدوية البيولوجية

28.04.2023

**Mr BOUCHAMA Abdelilah**

$30 \text{ f.} 00 \times 3 =$   
1 LYRICA 75 MG



Prendre 1 gélule le soir, pendant 7 jours. Puis 1 gélule matin et soir pendant 3 mois

$30 \text{ f.} 00 \times 2 =$   
2 SEDALGIC



1 le matin et le soir, pendant 1 mois.

$5 \text{ f.} 100$   
3 COLTRAX INJ



1 par jour, pendant 3 jours.

$2 \text{ f.} 50$   
4 HYDROXO 5000



1 par jour, pendant 3 jours.

$5 \text{ f.} 100$   
5 MOBIC 15 mg cp séc : B/14



1 par jour, pendant 3 jours.



**Dr Meriem TOUIMY BENJELLOUN**

**Dr. Meriem TOUIMI BENJELLOUN**  
RHUMATOLOGUE  
8, Angle Bd 2 Mars et Rue Amsterdam  
Casablanca  
Tél: 0522 83 30 30 - GSM: 07 77 51 69 00  
WhatsApp: 066 166 198



Angle Boulevard 2 Mars et Rue AMSTERDAM, 2ème étage - Appt N° 8 (Au dessus de McDonald's 2 Mars) - CASABLANCA

زاوية زنقة أمستردام و شارع 2 مارس الطابق الثاني رقم 8 (فوق ماكدونالدز 2 مارس) - الدار البيضاء

Tél. : 05 22 83 30 30 - GSM : 07 77 51 69 00 - E-mail : mtouimy@gmail.com

Lyrica® 75 mg - 56 gélules  
P.P.V : 307,00 DH



6 118001 170678

Lyrica® 75 mg - 56 gélules  
P.P.V : 307,00 DH



**hydroxo**

LOT : 221092  
EXP : 07/2024  
P.P.V : 30,00 DH

Q.L. 2024 05 22 16:00  
2024 05 22 16:00

P.P.V : 61DH50  
PER : 01/26  
LOT : M095



LOT : 221091  
EXP : 07/2024  
P.P.V : 30,00 DH



Lyrica® 75 mg - 56 gélules  
P.P.V : 307,00 DH