

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05110

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Monkhles NAJIA

Date de naissance : 01-02-1958

Adresse : 184 Lot AL ADARISSA sidi MAAROUF

Casablanca

Tél. : 0628-32-83-70 Total des frais engagés : 1965,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/06/2023

Nom et prénom du malade : Monkhles NAJIA Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection Rhumatologique

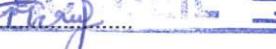
Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : Casablanca le 10/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : 



## 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
10/06/23	Infiltration du Genou	1	300 #	Dr. OUSEHAL Soumaya Rhumatologue الدكتورة سوما اخذتة في امراض العظام والغضاريف مختصة في امراض المفاصل والغضاريف ستوديو امراض المفاصل والغضاريف Bd Abou Bakr Nasser El Glaoui Casablanca Télé: 06 22 70 00 00
17/06/23	CT	6		

## EXECUTION DES ORDONNANCES<sup>8-6</sup>

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/06/2023	15665,00

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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

## 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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<b>MANDIBULE</b>															
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33.33%;"><b>H</b></td> <td style="width: 33.33%;"><b>G</b></td> <td style="width: 33.33%;"><b>B</b></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table>		<b>H</b>	<b>G</b>	<b>B</b>	25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553
<b>H</b>	<b>G</b>	<b>B</b>														
25533412	21433552															
00000000	00000000															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																
<p><b>MONTANTS DES SOINS</b></p>																
<p><b>DATE DU DEVIS</b></p>																
<p><b>DATE DE L'EXECUTION</b></p>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Rhumatologue

- Maladies rhumatismales
- Pathologies rachidiennes
- Pathologies osseuses (ostéoporose..)
- Arthrose
- Biothérapie
- Echographie ostéoarticulaire
- Rhumatologie interventionnelle



أخصائية في أمراض العظام و المفاصل

- أمراض الروماتيزم
- أمراض العمود الفقري
- هشاشة و ترقق العظام
- أمراض الغضروف
- العلاج بالأدوية البيولوجية
- الفحص بالأشدی
- التدخلات الطبية على المفاصل

Nom : MOUKHLES

Prénom : NAJIA

Le : 17/06/2023

ORDONNANCE :

1 - PIASCLEDINE : 300 MG

Une gel par jour à midi

Durée du traitement = 3 mois

2 - CHONDROSAN gel

1 gélule par jour

durée du traitement = 3 mois

3 - ANXIOL 6 mg

1/4 de cp par jour le soir

durée du traitement = 1 mois

4 - COVERAM 10 mg

1 cp par jour

durée du traitement = 2 mois

5 - ADO cp 1 g

1 cp par jour

durée du traitement = 2 mois

6 - ODIA 2 mg

1 cp par jour

durée du traitement = 2 mois

T: 1665,00

Bd aboubakr kadiri, lot soufiane immeuble A, 2ème étage N°11, sidi maarouf, casablanca.

شارع أبو بكر القادي، إقامة سفيان عمارنة، الطابق 2 رقم 11، سيدى معروف، الدار البيضاء

Telephone : 05 22 78 00 62

Whatsapp : 06 11 31 13 79

Email : dr.ousehal.soumaya@gmail.com

Dr. OUSEHAL Soumaya  
Rhumatologue  
الدكتورة اسحاح سمية  
أخصائية في أمراض العظام، المفاصل و الروماتيزم  
Soufiane immeuble A appartement 11. 2ème étage  
Bd Abou Bakr Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél.: 05 22 78 00 62

# PIASCLEDINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

# CHONDROSAN

POUR VOTRE CONFORT ARTICULAIRE

CD067 1125

sommer RFF 584N

LOT PER

Prix 199.00

CD064 0425

LOT PER

Prix 199.00

# COVERAM®

10 mg/10 mg

PPV 29 ADH00

PPV 29 ADH00

# ADO®

Metformine

1G

PPV 35DH00

# Odia® 2 mg أوديا® 2 ملغ

Glimépiride

30Comprimés

كليميبيريد

قراص

LOT 223647 1

EXP 10 2025

PPV 40.00

LOT 230233 1

EXP 12 2025

PPV 40.00

Rhumatologue

- Maladies rhumatismales
- Pathologies rachidiennes
- Pathologies osseuses (ostéoporose..)
- Arthrose
- Biothérapie
- Echographie ostéoarticulaire
- Rhumatologie interventionnelle



أخصائية في أمراض العظام والمفاصل

- أمراض الروماتيزم
- أمراض العمود الفقري
- هشاشة و ترقق العظام
- أمراض المفصل
- العلاج بالأندروجينية البيولوجية
- الفحص بالصدى
- التدخلات الطبية على المفاصل

Nom : MOUKHLES

Prénom : NAJIA

Le : 10/06/2023

FACTURE :

Prestation

Infiltration

Le Genou droit

Dr. OUSEHAL Soumaya  
Rhumatologue  
الدكتورة أسمح سمية  
أخصائية في أمراض العظام، المفاصل و الروماتيزم  
Souliane immeuble A appartement 11. 2ème étage  
Bd Abou Bakr Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca  
Tel.: 05 22 78 00 62

Total : 300

Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois cent Dhs

Signe :

Dr. OUSEHAL Soumaya  
Rhumatologue  
الدكتورة أسمح سمية  
أخصائية في أمراض العظام، المفاصل و الروماتيزم  
Souliane immeuble A appartement 11. 2ème étage  
Bd Abou Bakr Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca  
Tel.: 05 22 78 00 62