

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-799383

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6884 Société : 183000

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Beyellou Tawini Auguste

Date de naissance : 16 NOV. 2023

Adresse : 0661 086153

Tél. : 0661 390669 Total des frais engagés : 196,36 Euros

Cadre réservé au Médecin **Dr Houda KADIKI MEKOUAR**

**Spécialiste en Rhumatologie**  
Angle Bd Abdelmoumen et Rue Soumaya  
Résidence Shehrazade 3, 1<sup>er</sup> Etage N° 3 - Casablanca  
Tél : 0522 98 03 70 / 93 04 70 / Fax : 0522 98 98 01

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1/9/2023

Nom et prénom du malade : Beyellou Tawini Auguste

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Rhumatologique

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 : INPE : 091082788 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : I.C.E. 001697860000077

### 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDR N° : A-A-215/2019



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmavance Menilmontant 46 bd Ménilmontant 75013 Paris Tél : 01 47 97 38 62 - Fax : 01 42 54 59 61 menilmontant@pharmavance.fr 752040194	12/09/25	184,36 €

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

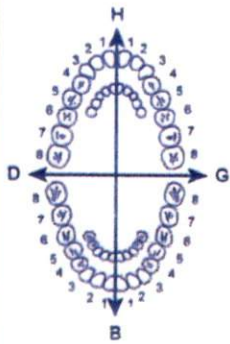
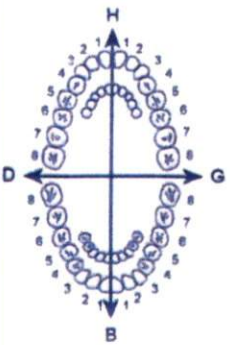
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>						
<b>Cachet et signature du Particien</b>	<b>Date des Soins</b>	<b>Nombre</b>				<b>Montant détaillé des Honoraires</b>
		<b>AM</b>	<b>PC</b>	<b>IM</b>	<b>IV</b>	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Houda Kadiri Mekouar

الدكتورة هدى القادري مكوار

SPÉCIALISTE EN RHUMATOLOGIE  
MALADIE DES OS ET DES ARTICULATIONS

متخصصة في أمراض المفاصل (الروماتيزم)  
والعظام

Casablanca, le

19/2023.

Mme Bejjellouj Bouini  
Onime

Aclasta Smg

pour febroni

I.C.E: 001697860000077  
INPE : 091082768

Dr Houda KADIRI MEKOUAR  
Spécialiste en Rhumatologie

Angle Bd Abdelmoumen et Rue Soumaya  
Résidence Sherazade III, 1<sup>er</sup> Etage N° 3 - Casablanca  
Tél. : 0522 98 02 39 / 98 03 28 - Gsm : 0651 58 98 05

Pharmavance Mémilimontant  
46 bd Mémilimontant 75020 Paris  
Tél. 01 47 97 38 62 - Fax 01 42 54 59 71  
memilimontant@pharmavance.fr  
752040154

زاوية شارع عبد المومن وزنقة سومية، إقامة شهرزاد III، الطابق الأول رقم 3 الدار البيضاء - الهاتف : 0651 58 98 05 / 0522 98 02 39 / 98 03 28

Angle Bd. Abdelmoumen et rue Soumaya, Résidence Sherazade III, 1<sup>er</sup> Etage, N°3 - Casablanca - Tél : 0522 98 02 39 / 98 03 28 / 0651 58 98 05



PC: 034009396587113  
SN 10797074877511  
Lot AAP0525  
EXP 03 2025



**Aclasta<sup>®</sup> 5 mg**

solution pour perfusion

**acide zolédronique**

Voie intraveineuse

1 flacon de 100 ml

 **NOVARTIS**





PHARMAVANCE MENILMONTANT  
Mme LATOUR  
75 2 04015 4  
46 bd De Menilmontant  
75020 PARIS  
Tel:  
Ordonnance: 12/09/23  
Delivrance: 12/09/23  
Vendeur: RP

Facture no : 412945  
Malade : ETRANGER  
53967  
1 rue de Menilmontant  
75020 PARIS  
Medecin: ETRANGER

Qte	P	unit	Cip	Designation	Base	Hon	taux	Ordo
1	189.26	3400936587113	ACLASTA 5MG/100ML P/PERF IV FL 1	129.63	1.02	65%	000688844	
			HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE		0.51	65%		
			HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE		3.57	65%		

---

TOTAL GENERAL:	194.36	TOTAL ASSURE:	194.36
TOTAL R.O.:	0.00		
TOTAL R.C.:			

COPIE CONFORME A L'ORIGINAL