

## 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 checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>3678</b> Société : <b>RAM</b>			
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : <b>RASSIF Mohamed</b>			
Nom & Prénom : <b>27 08 1960</b> Date de naissance : <b>NE 18, Rue Med EL Yazdi, quartier des hôpitaux Casablanca 20200</b> Adresse : <b>06 00 326 123</b> Tél. : <b>Total des frais engagés : \$ 1578,5 Dhs</b>			
Cadre réservé au Médecin <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> <b>DR GADDAR Wissal</b>            pneumologie            11, Rue Lavoisier Apt 12            Quartier des hôpitaux            Tel: 0522 800 444         </div>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>1</b> Nom et prénom du malade : <b>Age:</b> Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>28 MAI 2013</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 : **CASABLANCA**      Le : **/ /**

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
25/08/23 CS	300DH			INP : 091118884A DR WASSIM

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>P. C. PHARMACIE DES MAUSOLEES</i> Dr. SIDI MASSI Bouchra 30, Rue Mausolee R. Hôpital Casa 161-05 22 86 25 31	29/10/13	660,00
	31/10/13	318,50

#### **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **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	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"/>

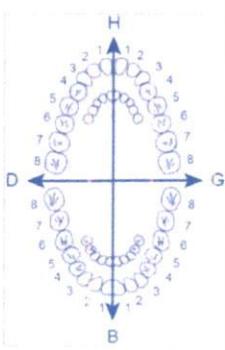
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

#### [Création, remont, adionction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession.



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**Dr. GADDAR Wassil**  
PNEUMOLOGUE

Asthme - Allergies  
Pathologie du Sommeil  
Arrêt du Tabac  
Spirométrie - Bronchoscopie  
Tests Cutanés  
Maladies professionnelles



بار واحد  
جهاز التنفس

مساسية  
قلاغ عن التدخين  
فحص وظائف الرئة  
مساسية  
مهنية

PPV: 222,00 DH  
LOT: 651423  
PER: 01/25

**PROSPAN®** Sirop 100 ml  
PPV: 30,00 DH



Casablanca le : 01/08/2023

29 AOUT 2023

ELAFAF CAILA

222,00

1- Augment



1 sachet x 3

2- Prospan sirop



1 Cx 3

3- Febrex Sam sucre



89,00 1. sachet x 3

4- Apixol sy ag



99,00 1 pulv / N x 3

5- deau



PHARMACIE DES MAUSOLEES  
Dr. SIJELMASSI Bachra  
30, Rue Mausolee Hôpitaux  
Casa Tél: 05 22 48 12 33

FEBREX Adulte Sans Sucre  
6 118000 310631  
B.RUT.AV: 04-26  
PPV: 20DH00

8 032578 479676

LOT 230464  
2026/05  
RPC: 89,50 DH

LOT 211484  
EXP 04/2024  
PPV 99.00DH

(مصدع متوقف) الشقة 12 في المستشفيات - الدار البيضاء.

11, Rue Abou Hassan Askari (ex - Lavoisier) 5<sup>eme</sup> Etage (av)

Urgence 06 77 20 20 24 05 2

ICE: 00202

# Dr. GADDAR Wassil

## PNEUMOLOGUE

Asthme - Allergies  
 Pathologie du Sommeil  
 Arrêt du Tabac  
 Spirométrie - Bronchoscopie  
 Tests Cutanés  
 Maladies professionnelles



# الدكتور خضراء واصل

## اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسية

الضيق - الحساسية  
 أمراض النوم - الإقلاع عن التدخين  
 الفحص بالمنظار - فحص وظائف الرئة  
 اختبار الحساسية  
 الأمراض المهنية

✓ EL AFAF Lulu

Casablanca le : 31/07/23



SYNTHEMEDIC  
 22 rue zoubair bennou al aouam roches  
 noires casablanca  
 SYMBICORT TURBUHALER

200/6 µg Poids pér. unit.

SYNTHEMEDIC  
 22 rue zoubair bennou al aouam roches  
 noires casablanca  
 SYMBICORT TURBUHALER  
 200/6 µg Poids pér. unit.  
 Flacon de 120 doses  
 104/4 DMP/21/NRQ P.P.V: 297,000H  
 6 118001 020706

297,00 - 2 = 594,-

1- Syngbiort 200/6



18 - 0 - 18

1st

3 MMU

751,0

2- Xybat cp 10,00



1cp / j

1st

Ann

3- BUODENT Aerosol 149,-

1 pulv / N / j

1st

3 MMU



818,50

24

DR. GADDAR  
 Pneumologue  
 11, Rue Lavoisier Appart 12  
 Quartier Des hôpitaux  
 Tél: 0522 844444

Lot No:  
 FAB:  
 EXP:  
 PPV: 149DH00

0665056B  
 11/2022  
 11/2024

رقم 11، زقة أبو الحسن العجمي، كفرنباشت (الأخواتي سابقاً)، الطابق 5 (مصدر ملفر)، الشقة 12 في المستشفيات - الدار البيضاء.

11, Rue Abou Hassan Askari (ex - Lavoisier) 5<sup>th</sup> Etage (avec ascenseur), appart. 12, quartier des hôpitaux - Casablanca.



Urgence

06 77 20 20 24

05 22 860 444

drgaddar@gmail.com

ICE: 00202322000065