

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

|                                |                                       |                                     |           |
|--------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------|
| Matricule :                    | 4558                                  | Société :                           | RAM       |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :    | ND 008509 |
| Nom & Prénom :                 |                                       | Haya j Mina vive Hammam             |           |
| Date de naissance :            |                                       |                                     |           |
| Adresse :                      |                                       |                                     |           |
| Tél. :                         |                                       | Total des frais engagés : ..... Dhs |           |

Cadre réservé au Médecin

|   |             |                   |   |
|---|-------------|-------------------|---|
| Cachet du médecin :   |             |                   |   |
| Date de consultation :  | 25/12/2023  | Age :             |   |
| Nom et prénom du malade :   | Haya j Mina | Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie :  | Géant       |                   |   |
| 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 :

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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 25/12/23        | Q                 |                       | 300,00                          | Dr. Houda IBN ABDELJALIL<br>RHUMATOLOGUE<br>Spécialiste des Malades des Os et Articulations<br>Boulevard de l'Indépendance, 100, 1000 Casablanca, Maroc<br>Téléphone : +212 52 22 88 35 |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| STE PHARMA CASABLANCA<br>TÉL: 052030267 | 25/12/23 | 1000,60               |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue   | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Dr. Houda IBN ABDELJALIL<br>RHUMATOLOGUE<br>Spécialiste des Malades des Os et Articulations<br>Boulevard de l'Indépendance, 100, 1000 Casablanca, Maroc | 25/12/23 | Rx genoux                    | 200,00                 |

### 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 | CCEFFICIENT DES TRAVAUX          |   |  |  |  |  |
|--|--|----------------------------------|-------------|----------------------------------|---|--|--|--|--|
|  |  |                                  |             |                                  |   |  |  |  |  |
|  |  |                                  |             |                                  |   |  |  |  |  |
|  |  |                                  |             |                                  |   |  |  |  |  |
|  |  |                                  |             |                                  |   |  |  |  |  |
|  |  |                                  |             |                                  |   |  |  |  |  |
|  |  |                                  |             |                                  |   |  |  |  |  |
|  |  |                                  |             |                                  |   |  |  |  |  |
|  |  |                                  |             |                                  |   |  |  |  |  |
|  |  |                                  |             |                                  |   |  |  |  |  |
|  |  |                                  |             |                                  |   |  |  |  |  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES                      | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE  |                                  |             |                                  | MONTANTS DES SOINS                                |  |  |  |  |
|  | H  | 25533412<br>00000000<br>35533411 | G           | 21433552<br>00000000<br>11433553 |   |  |  |  |  |
|  | D  | 00000000                         | B           | 00000000                         |   |  |  |  |  |
|  | 00000000   |                                  | 11433553    |                                  |   |  |  |  |  |
|  |  |                                  |             |                                  |   |  |  |  |  |
|  |  |                                  |             |                                  |   |  |  |  |  |
|  |  |                                  |             |                                  |   |  |  |  |  |
|  |  |                                  |             |                                  |   |  |  |  |  |
|  |  |                                  |             |                                  |   |  |  |  |  |
|  |  |                                  |             |                                  |   |  |  |  |  |
| DATE DU DEVIS                                  | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                                  |             |                                  | DATE DE L'EXECUTION                               |  |  |  |  |
|  | H  | 25533412<br>00000000<br>35533411 | G           | 21433552<br>00000000<br>11433553 |   |  |  |  |  |
|  | D  | 00000000                         | B           | 00000000                         |   |  |  |  |  |
|  | 00000000   |                                  | 11433553    |                                  |   |  |  |  |  |
|  |  |                                  |             |                                  |   |  |  |  |  |
|  |  |                                  |             |                                  |   |  |  |  |  |
|  |  |                                  |             |                                  |   |  |  |  |  |
|  |  |                                  |             |                                  |   |  |  |  |  |
|  |  |                                  |             |                                  |   |  |  |  |  |
|  |  |                                  |             |                                  |   |  |  |  |  |
|  |  |                                  |             |                                  |   |  |  |  |  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS |  |                                  |             |                                  | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |  |  |  |  |

Dr, Houda IBNABDELJALIL

Rhumatologue

Casablanca le, 25/12/2023

## FACTURE

**NOM ET PRENOM : M<sup>me</sup>, HAYAJ Mina**

**EXAMEN FAIT : Rx du GENOU DROIT F+P**

**MONTANT GLOBAL : 200,00 DHS**

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**

**« DEUX CENT DIRHAMS ».**

Dr. Houda IBN ABDELJALIL  
RHUMATOLOGUE  
Spécialiste des Maladies des Os et Articulations  
Cité Océan - Bureau 3511 - Ag. Quartier Missiri, lot 58  
P. 35023738 - T. 0522893888 - F. 0522893895

Casablanca le, 25/12/2023

Patient : HAYAJ Mina

Médecin traitant : **IBNABDELJALIL Houda**

**Rx du GENOU DROIT**

**FACE ET PROFIL**

- ❖ Discret pincement fémorotibial interne et fémoro-patellaire.

Confraternellement

**Dr H. IBNABDELJALIL**

Dr. Houda IBNABDELJALIL  
RHUMATOLOGUE  
Spécialiste des Maladies des Os et Articulations  
1515 El Héder - Bureau 15 - 10th Quartier Massira - Lot 58



Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد للجيل

اختصاصية في أمراض العظام والمفاصل

Nom et Prénom :

Haya j Yina.

Casablanca le : 25/12/23

1) Dot Brexin Sache

500 mg

1 sachet 1g  $\times 10$

2) Neeflex gel froid

500 mg

1 app  $\times 2$  g  $\times 10$

3) Unik

1000 mg  $\times 6$  1 gel  $\times 2$  g

1000 mg

City Office - Bureau n A5, 1er étage, Quartier Missimi, Lot 58, Hay Hassanii  
Casablanca (en face de Marjane Hay Hassanii)

95 22 89 38 88 /95 ibnabdjalilhouda@yahoo.fr

Dr. Houda IBN ABDELJALIL  $\uparrow$  3 mois  
RHUMATOLOGISTE  
Spécialiste des Maladies des Os et Articulations  
Ph.D. Dr. Houda IBN ABDELJALIL  
Casablanca - Tel: 0522 93 10 28  
Lot 58, Quartier Missimi, Casablanca - Tel: 0522 93 10 28

STE PHARMACIE HAMZA  
CASABLANCA  
Lot 58, Quartier Missimi, Casablanca - Tel: 0522 93 10 28

New Care AG, CH-4452 Itingen, Switzerland  
EU Office: Schloss Beuggen 3  
79618 Rheinfelden/Germany



7 640127 792025



10/2€ ISOPHARM

LOT

22/11 NEWFLEX GEL

RAFRAICHISSANT

MFD

11/22

89.50 dhs

mg

LOT 22010  
PER EEC 25  
FPV 17/11/2025



Lot N°: UK01

Date d'exp : 04/2026  
PPC: 149,00 MAD TTC

Lot N°: UK01

Date d'exp : 04/2026  
PPC: 149,00 MAD TTC

Lot N°: UK01

Date d'exp : 04/2026  
PPC: 149,00 MAD TTC

149,00  
X6 gelon

Lot N°: UK01

Date d'exp : 04/2026  
PPC: 149,00 MAD TTC

Lot N°: UK01  
Date d'exp : 04/2026  
PPC: 149,00 MAD TTC

Lot N°: UK01  
Date d'exp : 04/2026  
PPC: 149,00 MAD TTC