

## 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.



Déclaration de Maladie : N° S19-0009887

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9088 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BEL MIR KHAID Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 0678804749 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/02/2024  
Nom et prénom du malade : BEL MIR KHAID Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Douleur de la hanche droite  
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### 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.

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



# RELEVÉ 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
06/02/2024	VD	200 DH		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/02/2024	270,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06/02/2024	Ray X	300,- DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez 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 <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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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

Docteur Saïd MERJANE

Médecine Générale

61, Rue Omar Ibnou Al Khattab  
Berrechid - Tél.: 05 22 33 71 56

الدكتور سعيد مرجان

الطب العام

رقم 61 زنقة عمر ابن الخطاب  
برشيد - الهاتف : 05 22 33 71 56

Berrechid le

ORDONNANCE

Bémir 4h

PPV: 87DH40  
PER: 10/26  
LOT: M3553-2

87.40 Dolicox 1h

1 cp

94.00 Myduflex 1h

1 cp x 3/

New flex 1h

1 cp x 2/

GTIN: 06118001260850  
LOT: 4073  
MFG: 10 2022  
EXP.: 10 2025  
PPV: 940hs00



New Care AG  
Dellenbodenweg 8, CH-4452 Itingen, Switzerland  
EU Office:  
Schloss Beuggen 3, 79618 Rheinfelden/Germany



ISCPHARM  
NEW FLEX GEL  
CHAUFFANT  
89.50 dhs



06/27



23 07 28



07/23

DR SAÏD MERJANE  
MÉDECINE GÉNÉRALE  
61, RUE OMAR IBNOU AL KHATTAB  
TEL. 05 22 33 71 56 - BERRECHID

Docteur Saïd MERJANE

Médecine Générale

61, Rue Omar Ibnou Al Khattab  
Berrechid - Tél.: 05 22 33 71 56

الدكتور سعيد مرجان

الطب العام

رقم 61 زنقة عمر ابن الخطاب  
برشيد - الهاتف : 05 22 33 71 56

Berrechid le

ORDONNANCE

REC MIR. Khalid.

Rx. de la main  
droite

CENTRE DE RADIO  
OULAD HRI  
13, Avenue Pierre A  
Lotissement Bercor, B

INPE 060065696

Saïd MERJANE  
Médecine Générale  
61, Rue Omar Ibnou Al Khattab  
Tél: 0522 33 71 56 - Berrechid





Dr. Nawfal ABOU-IBADALLAH

Spécialiste en Radiologie

Dr. Hamza EL HASSANI

Spécialiste en Radiologie

MIR 9088

Berrechid le, 06/02/2024

IRM haut champ

Scanner spiralé  
multi-barrettesRadiologie générale  
numériséeRachis et Membre  
inférieur en totalité

Mammographie

Échographie

Echographie-Doppler

Panoramique  
dentaire numérique

Denta-scanner

Ostéodensitometrie  
bi-photoniqueRadiologie  
interventionnelle**Facture N° : 932**

Nom et Prénom : BEL MIR KHALID

Exam	Prix
RX HANCHE 2 INC	300,00
Total	300,00

**Arrêté le montant de la présente facture à la  
somme de :****TROIS CENTS DIRHAM(S)**

**CENTRE DE RADIOLOGIE  
OULAD HRIZ**  
13, Avenue Pierre Assouline  
Lotissement Bercor, Berrechid  
INPE 060065646

📍 13, Avenue Pierre Assouline, Lotissement Bercor, Berrechid

☎ 05 22 51 71 00

✉ radiologieouladhriz@gmail.com

🌐 www.radiologie-ouladhriz.ma



Dr. Nawfal ABOU-IBADALLAH  
Spécialiste en Radiologie

Dr. Hamza EL HASSANI  
Spécialiste en Radiologie

M 4 9088

Berrechid le, 06/02/2024

Patient :BEL MIR KHALID

Prescripteur : Dr. MARJANE SAID

**RADIOGRAPHIE DE LA HANCHE DROITE DE FACE ET DE PROFIL**

**Résultats :**

Interlignes articulaires coxo-fémorale et sacro-iliaque conservées.

Absence de lésion osseuse suspecte visible.

Minéralisation osseuse conservée.

Absence d'épanchement articulaire visible.

Absence de lésion d'allure évolutive au niveau des parties molles.

**Au total :**

Radiographie de la hanche droite ne révélant pas d'anomalie notable.

À confronter aux données cliniques.

Merci de votre confiance

CENTRE DE RADIOLOGIE  
OULAD HRIZ  
13, Avenue Pierre Assouline  
Lotissement Bercor, Berrechid  
INPE 060065646