

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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

Maladie

Dentaire

Optique

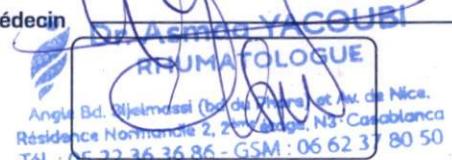
Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	1310	Société :	195383
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		MERNISSI ABDELAZZIZ	
Date de naissance :		11/11/1951	
Adresse :		M 20 2 <sup>e</sup> El jadida Casablanca	
Tél. :	0661410027	Total des frais engagés :	Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/11/2023

Nom et prénom du malade : MVR MERNISSI ABDELAZZIZ Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : RHUMATOLOGIQUE

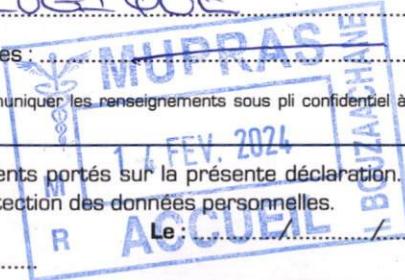
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

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
15/11/2023	C	1	4000 DT	Dr. Asmae YAOUE RHUMATOLOGUE André Bd. Sidi Mousa (bd du Phare) et Av. de Nice Le Normandie 2, 1er étage, Appart. A3 Casablanca Tél: +212 66 00 62 37 80 50

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Paiement du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE YASMINE 207, Bd. Sidi Abderrahman Hay El Hana CASABLANCA Tél : 05 22 36 54 72	30.11.24	57000

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>LOGIE COMMUNAL</i>	03.01.21	2 23	230,00

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

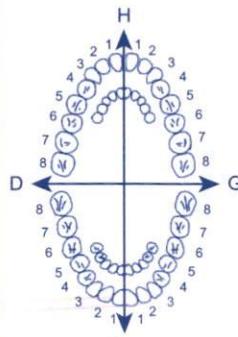
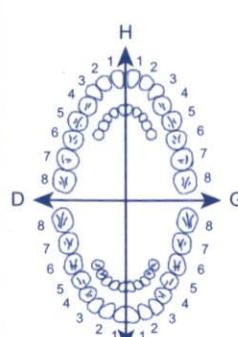
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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	
				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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	J <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

Dr. YACOUBI Asmaa  
الدكتورة يعقوبي أسماء

MALADIES DES OS ARTICULATIONS ET COLONNE VERTÉBRALE  
MÉDECINE FONCTIONNELLE ET MICRONUTRITION  
RHUMATOLOGIE - NATUROPATHIE - MÉSOTHÉRAPIE  
MÉDECINE DU SPORT

Casablanca, le : 15 NOV. 2023

Mr. NARHASSI  
ABDELAZIZ

RX Roches C 7 + P ,

~~RADIOLOGIE HAY HASSANIA~~  
immeuble Communal Route d'Azemmour  
c/ Bd. 1er Novembre 14 - Hay Hassania - Casablanca  
tel. 05 22 90 10 10/05 22 90 07 07  
fax 05 22 33 37 13

R X 2 malades (+ poignets)

face ,

Dr. Asmaa YACOUBI  
RHUMATOLOGUE  
MÉDECINE FONCTIONNELLE NATUROPATHIE  
MICRONUTRITION - MÉDECINE DU SPORT  
Angle Bd. Sijelmassi (bd du Phare) et Av. de Nice.  
Résidence Normandie 2, 2<sup>ème</sup> étage, N° 17 80 50  
Tél. : 05 22 36 36 86 - GSM : 06 02 37 80 50

✉ ayacoubirhum@hotmail.fr ☎ 06 62 37 80 50 ☎ 05 22 36 36 86

✉ Angle Bd. Sijelmassi (bd du Phare) et Av. de Nice, Résidence Normandie 2,  
2<sup>ème</sup> étage, N3 - Casablanca.

🌐 www.dabadoc.ma



مركز الفحص بالأشعة  
"حي الحسني - آنفا"

03/01/2024

Casablanca, le -----

**Facture N° 27/01/2024**

**Nom patient : MERNISSI ABDELAZIZ**

**Examen(s) réalisé(s) : RX DEUX MAINS+POIGNETS FACE**

**Date Examen(s) : 03/01/2024**

**Montant : 230 DH**

**Montant Produits : 0,00 DH**

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

**DEUX CENT TRENTÉ DIRHAMS**

RADIOLOGIE HAY HASSANI ANFA  
Bureau Communal Route d'Azemmour  
Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca  
Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07  
Fax : 05 22 93 37 13

10, Imm. Communal. Angle route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca

Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13

Pantente : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - IF : 2221555 - ICE : 001686337000022



*Dr. O. Alami*

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

*Dr N. Faris*

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Casablanca , le 03/01/2024

PATIENT

: Mr. MERNISSI ABDELAZIZ

MEDECIN TRAITANT

: DR YACOUBI HESSISSEN ASMAA

EXAMEN(S) REALISE(S)

: RX DEUX MAINS+POIGNETS FACE

Cher Docteur,

Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.

### RX DEUX MAINS+POIGNETS FACE

- ❖ Transparence osseuse normal.
- ❖ Pincement articulaire de l'interphalangienne du 1<sup>er</sup> rayon de façon bilatérale, avec géode sous chondrale.
- ❖ Discret pincement articulaire des interphalangiennes distales de façon diffuse.

### AU TOTAL

Arthrose inter phalangienne, évoluée bilatérale du 1er rayon.

Confraternellement

DR N FARIS



RADIO PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉE

DOPPLER COULEUR ET ENERGIE

159.00

5

IBONE. gel.

S.P

S.V

Choppe x 25

pour les cervicale

570.00

PHARMACIE YASMINE  
207, Bd. Sidi Abderrahman Hay El Hana  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 36 54 72

Dr. Asmaad YACOUBI  
RHUMATOLOGUE  
MEDECINE FONCTIONNELLE - NATUROPATHIE  
MICRONUTRITION - MEDECINE DU SPORT  
Angle Bd. Sijelmassi (bd du Phare) et Av. de Nice.  
Résidence Normandie 2, 2<sup>me</sup> étage, N° Casablanca  
Tél.: 05 22 36 36 86 - GSM : 06 02 37 80 50



Dr. YACOUBI Asmaa  
الدكتورة يعقوبي أسماء

15 NOV. 2023

Casablanca, le :

AR. MERNISSI ABDELAZIZ

37<sup>0</sup>

(1) DUOXOL 500

1cp x 2t/j au milieu

des repas - x 20 jours

145<sup>00</sup>

15

32<sup>00</sup>

DUOXOL 500mg/2mg  
Boîte de 20 comprimés

(2) CURWOOD

1gel x 2t/j au milieu

des repas - x 1 mois

25<sup>00</sup>

(3) DURELAX

15

1gel x 2t/j au milieu

des repas - x 1 mois

149<sup>00</sup>

PHARMACIE YASMINE  
207, Bd. Sidi Abderrahman Hay El Hana  
CASABLANCA  
Tél : 05 22 36 54 72

LOT : CA370  
EXP : 10/2026  
PPC : 145,00 DH

PROMOPHYDOS  
DUO : 145,00 DH  
LOT : CA362N  
CRUCUDOSE  
PPC : 145,00 DH  
DUO : 145,00 DH  
LOT : 10/2026

DuoRelax®  
Gélule

REUMADEP™ Capsules  
Contenu 16,35 g

W044  
01/2026

LOT:  
PER:  
PPC: 149,50 DH

(4) Reumaderp

1gel x 2t/j au moment  
des repas - x 1 mois