

# 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.

## Educations :

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.

## Prothèses :

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.

Le suivi radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie chronique et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6



## Déclaration de Maladie

N° P19-051444

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0003086

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMEDJANE BRICKA

Date de naissance : 01.01.1943

Adresse : MAJ MAJ ABQUAH Rue 185 N° 23

Tél. 0662 34 30 94

Total des frais engagés : 1290,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03 / 11 / 2020

Nom et prénom du malade : HAMEDJANE BRICKA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Coléoptérie + Spéc. fort. d'yeux + HTA

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) :

## Adresses Mails utiles

Information : contact@mupras.com  
Demande de prise en charge : pec@mupras.com  
Demande de changement de statut : adhesion@mupras.com

Garantissant 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.

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
03 Nov 2020		2	2000	<p>محمد بنيس محمد</p> <p>الطب العام</p> <p>713 شارع 2 مارس الدار البيضاء</p> <p>الهاتف : 0522 211 307 - 0522 215 723</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>صيدلية العاصفة</p> <p>15 فم 187</p> <p>05 22 21 83 15</p> <p>INPE : 092028166</p>	03/11/20	1090,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

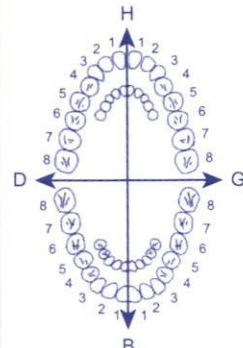
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

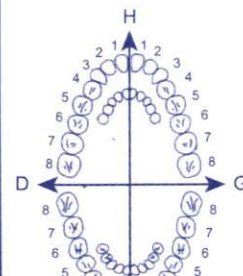
# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS



**Docteur Mohamed BENNIS**

**MEDECINE GENERALE**

**Echographie**

**Expert assermenté près les Tribunaux  
Ex - Médecin Militaire**

**Sur Rendez - vous**



**الدكتور محمد بنيس**

**الطب العام**

**الفحص بالصدى**

**خبير محلف لدى المحاكم  
طبيب عسكري سابقا**

**الزيارة بالموعد**

Casablanca, le .....03/11/2020..... الدار البيضاء في

81,40

**Madame HAMEDDINE VEUVE LITAMA BRIK**

1/ HEPANAT 400mg Cps

1 cp avant le repas matin et soir

2/ METEOSPASYL 60mg Caps x 2

2 capsule avant le repas matin et soir pdt 10 jours

3/ OMIZ 20 MG BTE 28 x 3

1 gélule après le repas matin et soir

4/ ARGO SIROP x 3

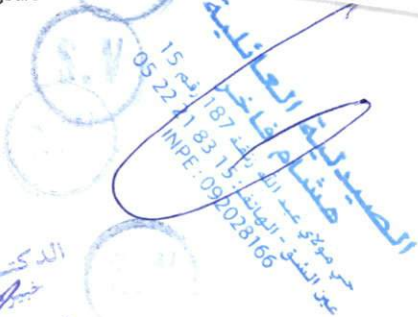
1 cà s matin, midi et soir

5/ COVERSIL 10MG CP x 4

1 cp après le repas le matin



LOT : 2336  
UT-AV : 07-23  
P.P.V : 30DH50



الدكتور محمد بنيس  
خبير محلف لدى المحاكم  
طبيب عسكري سابقا  
شارع 2 مارس - الدار البيضاء  
05 22 21 13 07 - 05 22 21 57 23

**هيپاناد** 40 قرص  
A consommer de 62,60DH  
Préférence avant fin:  
03/2018  
ot n° R075F

167,30

167,30

167,30

167,30

05 22 21 13 07 / 05 22 21 57 23 - هاتف عيادة - الدار البيضاء - بين المدن - شارع 2 مارس - 713  
713, Avenue 2 Mars - Bine Lamdoune - CASABLANCA - Tél.: 05 22 21 13 07 / 05 22 21 57 23



167,30

22,50

81,40

**METEOSPASMYL®** 8 20 caps molles  
Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V. : 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 180293



**LOT N° : 1122**

**UT-AV : 05-23**

**P.P.V : 30DH50**

# ARGO<sup>®</sup>

Alginate de sodium/Bicarbonate de sodium

**250 ml**

Suspension  
buvable

Voie orale



LOT : 2927

UT-AV : 08-23

P.P.V : 30DH50

# ARGO®

Alginate de sodium/Bicarbonate de sodium

250 ml

Suspension  
buvable

Voie orale