

## 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.

N° W19-489539

ND. 50975

MUPRAS

10 DEC. 2020

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5094

Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0676299797

Total des frais ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Nature de la maladie :

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) :

Le : 11/11/2020

Dr. Bilal SENNOUNE  
TRAUMATOLOGUE - ORTHOPÉDISTE  
Résidence Anoual / Abdelmoumen  
Center

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																																
11/01/2011	Actes	2	500	INP : 10111111111111111111111111111111																																
<b>EXECUTION DES ORDONNANCES</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</th> <th>Date</th> <th>Montant de la Facture</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PHARMACIE FASSI Route d'El Jadida KM 18 Ouled Azzouz CASA Tél. : 05 22 23 18 08</td> <td>11/01/2011</td> <td>400</td> </tr> </tbody> </table>					Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	PHARMACIE FASSI Route d'El Jadida KM 18 Ouled Azzouz CASA Tél. : 05 22 23 18 08	11/01/2011	400																										
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture																																		
PHARMACIE FASSI Route d'El Jadida KM 18 Ouled Azzouz CASA Tél. : 05 22 23 18 08	11/01/2011	400																																		
<b>ANALYSES - RADIographies</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</th> <th>Date</th> <th>Désignation des Coefficients</th> <th>Montant des Honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CH. HOPITAL DE CASABLANCA 3, Avenue Hassan II / B.P. 1000 Rabat - Maroc Tél. : 05 22 23 18 08</td> <td>11/01/2011</td> <td>R x g g g g g 4000</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires	CH. HOPITAL DE CASABLANCA 3, Avenue Hassan II / B.P. 1000 Rabat - Maroc Tél. : 05 22 23 18 08	11/01/2011	R x g g g g g 4000																									
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires																																	
CH. HOPITAL DE CASABLANCA 3, Avenue Hassan II / B.P. 1000 Rabat - Maroc Tél. : 05 22 23 18 08	11/01/2011	R x g g g g g 4000																																		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Cachet et signature du Particien</th> <th rowspan="2">Date des Soins</th> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>A M</th> <th>P C</th> <th>I M</th> <th>I V</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires	A M	P C	I M	I V																					
Cachet et signature du Particien	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.				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.				
	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"/>				
	Determination du coefficient masticatoire			
	$  \begin{array}{r}  25533412 & 21433552 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  00000000 & 00000000 \\  35533411 & 11433553  \end{array}  $			
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>				
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>				
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>				
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>				

**Dr SENNOUNE BILAL**

**Médecin Spécialiste**

**Traumatologie - orthopédie**

- Diplôme de la faculté de médecine (Casablanca)
- Attestation de formation spécialisée (Paris V)

- Chirurgie du genou, de la hanche, de l'épaule, du rachis...
- Chirurgie arthroscopique
- Chirurgie de la main
- Chirurgie du rhumatisme
- Chirurgie de l'appareil locomoteur
- Expertise médicale

Casablanca, le : ..... الدار البيضاء، في :

Mr(Mme) : La Khech Rihig ..... السيد(ة) :

**الدكتور السنون بلال**

**طبيب أخصائي**

**علاج أمراض وجراحة العظام والمفاصل**

- دبلوم التخصص كلية الطب (الدار البيضاء)
- شهادة التكوين التخصصي (باريس 5)

جراحة الركبة، الورك الكتف، العمود الفقري

جراحة المنضار

جراحة اليد

جراحة الروماتيزم

جراحة الجهاز العضلي

الخبرة الطبية

89.-

(1) Celestex 200 SV  
1 gel/av re 11ml

(2) D. 87res SV  
25,5 2 - 0 - 2 52 15,

(3) Neuflex gel  
56,6 1 gel + 2 SV 15,

(4) Stifnos 10  
32 1/2 sp 4 sur 11,7 + 2

(5) No spa  
Dol. N1 sp x 3 SV 15,

Résidence Anoual Capital Center

Angle Bd Anoual / Abdelmoumen

Porte C (213) 1er étage

Tél : 05 22 23 06 23

Fax : 05 22 23 18 08

Mail : orthopedie.sennoune@gmail.com

إقامة أنوال كابيتال سنتر

ملتقى شارع أنوال / عبد المولى

باب س (213) الطابق الأول

New Care AG, CH-4452 Itingen, Switzerland  
EU Office: Kreillerstr. 65, 81673 Muenchen / Germany

Lot.

Exp.

PPV

~~89,00~~

09366088/7

**Lot:** DS02/20

DLG: 02/2023

P.P.C : 109,00 DH

8

01/24

**LOT**

128

**MFD** 02/20

**ISOPHARM**  
NEWALEX MARQUIS  
**85.50 DH**

• 112 •

128

02/20

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20

P P V · 56DH60

www.vedant.com



6 " 118000-061483

NO-SPA 40MG  
CP B20  
P.P.V :32DH00

NU-SPA 40MG  
CP B20

P.P.V : 32DH00

— 1 —

6 118000

卷之三

卷之三

**Dr SENNOUNE BILAL**

**Médecin Spécialiste**

**Traumatologie - orthopédie**

- Diplôme de la faculté de médecine (Casablanca)
- Attestation de formation spécialisée (Paris V)

- Chirurgie du genou, de la hanche, de l'épaule, du rachis...
- Chirurgie arthroscopique
- Chirurgie de la main
- Chirurgie du rhumatisme
- Chirurgie de l'appareil locomoteur
- Expertise médicale

Casablanca, le : ..... 11-11-2020 ..... الدار البيضاء، في :

Mr(Mme) : ..... LAKLECH RKIA ..... السيد(ة) :

### Note d'honoraire

Radiographie genou gauche face:400dh

Quatre cent dirhams,

**الدكتور السنون بلال**

**طبيب أخصائي**

**علاج أمراض وجراحة العظام والمفاصل**

- دبلوم التخصص كلية الطب (الدار البيضاء)
- شهادة التكوين التخصصي (باريس 5)

جراحة الركبة، الورك الكتف، العمود الفقري

جراحة المنضار

جراحة اليد

جراحة الروماتيزم

جراحة الجهاز العضلي

الخبرة الطبية



Résidence Anoual Capital Center

Angle Bd Anoual / Abdelmoumen

Porte C (213) 1er étage

Tél : 05 22 23 06 23

Fax : 05 22 23 18 08

Mail : orthopedie.sennoune@gmail.com

**إقامة أنوال كابيتال سنتر**

ملتقى شارع أنوال / عبد المؤمن

باب س (213) الطابق الأول

**Dr SENNOUNE BILAL**

**Médecin Spécialiste**

**Traumatologie - orthopédie**

◦ Diplôme de la faculté de médecine (Casablanca)

◦ Attestation de formation spécialisée (Paris V)

- Chirurgie du genou, de la hanche, de l'épaule, du rachis...

- Chirurgie arthroscopique

- Chirurgie de la main

- Chirurgie du rhumatisme

- Chirurgie de l'appareil locomoteur

- Expertise médicale

**الدكتور السنون بلال**

**طبيب أخصائي**

**علاج أمراض وجراحة العظام والمفاصل**

◦ دبلوم التخصص كلية الطب (الدار البيضاء)

◦ شهادة التكوين التخصصي (باريس 5)

جراحة الركبة، الورك الكتف، العمود الفقري

جراحة المنضار

جراحة اليد

جراحة الروماتيزم

جراحة الجهاز العضلي

الخبرة الطبية

Casablanca, le : ..... 11-11-2020

Mr(Mme) : ..... LAKLECH RKIA.....

## Compte rendu radiographique

### Radiographie genou gauche face :

- prothèse totale du genou sans signes de descellements
- bon rapport entre les implants,



Résidence Anoual Capital Center

Angle Bd Anoual / Abdelmoumen

Porte C (213) 1er étage

Tél : 05 22 23 06 23

Fax : 05 22 23 18 08

Mail : orthopedie.sennoune@gmail.com

**إقامة أنوال كابيتال سنتر**

ملتقى شارع أنوال / عبد المؤمن

باب س (213) الطابق الأول