

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

Reclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3094 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BAYADI Moustapha

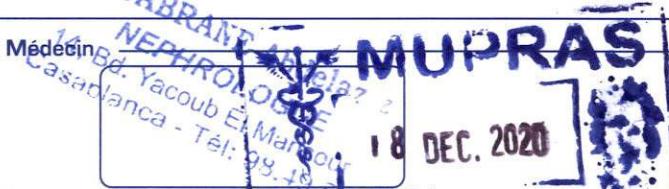
Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0676099797 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/11/2020 Age :

Nom et prénom du malade : BAYADI Moustapha Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : DLT

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) :

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE FASHTI</b> Route d'El Jadida KM 18 Oulès 22222 CASA Tel: 05.28.41.11.92/06.55.43.73.13		<b>375380</b>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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'ostéodensitométrie.

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 ————— 00000000   00000000 35533411   11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Centre D'hémodialyse Dr Jabrane

14, Bd. Yacoub El Mansour - Casablanca

**Docteur JABRANE ABDELAZIZ**

Spécialiste en Néphrologie - Dialyse

Tél. : 05.22.98.49.55

Fax. : 05.22.98.88.05

Urgences : 0661.330.244



الدكتور جبران عبد العزيز  
إخلاصي في أمراض الكلى

الهاتف: 05.22.98.49.55

الفاكس: 05.22.98.88.05

المستعجلات: 0661.330.244

Casablanca Le: 11/11/2020

## ORDONNANCE

581,00 x 2

- Novamix flexpen **SV**

2 x 0,5 Beites

267,00 x 2 doni - 20ml

- Ziflex 400 mg **SV**

2 x 0,2 Beites

180,00 1 Cup / j **SV**  
Bionase 50 Pcs

x 0,1 Beite

369,00 x 4 2 fois / j **SV**  
Covenex 4000

x 0,4 Beites

53,00 1 jij / j **SV**  
Daktarin

98,80 2 fois / j **SV**  
Neufortem 160

302 1 Cup x 2 / j **SV**  
la silitx 500

114,00 x 2  
3753,80 1 / j **SV** 1000 2 / j x 0,2 Beites

INPE: 091079459 - INPEts: 090001355 - Patente: 35802587 - CNSS: 6009345 - IF: 40804331

ICE:001658885000049 E-mail:jabraneaziz@menara.ma

JABRANE Abdellaziz  
NÉPHROLOGUE  
Bd. Yacoub El Mansour  
Casablanca - Tél: 98  
ROUTE DE JADIDA KM 18  
ROUTE DE AZZOURE  
Tél: 05.22.98.49.55 et 73.73  
CNSS: 6009345 - IF: 40804331

NovoMix® 30 FlexPen®  
 100U/ml  
 Suspension injectable  
 5 stylos pré-remplis de 3ml  
 PPV : 581 DH  
 8-9674-73-270-1  
  
 6 118001 121298

NovoMix® 30 FlexPen®  
 100U/ml  
 Suspension injectable  
 5 stylos pré-remplis de 3ml  
 PPV : 581 DH  
 8-9674-73-270-1  
  
 6 118001 121298

**sanofi-aventis Maroc**  
 Route de Rabat - R.P.1-  
 Ain Sébaâ 20250 - Casablanca  
 LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6  
 P.P.V. : 349DH00  
  
 6 118001 080465

**sanofi-aventis Maroc**  
 Route de Rabat - R.P.1-  
 Ain Sébaâ 20250 - Casablanca  
 LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6  
 P.P.V. : 349DH00  
  
 6 118001 080465

**sanofi-aventis Maroc**  
 Route de Rabat - R.P.1-  
 Ain Sébaâ 20250 - Casablanca  
 LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6  
 P.P.V. : 349DH00  
  
 6 118001 080465

**sanofi-aventis Maroc**  
 Route de Rabat - R.P.1-  
 Ain Sébaâ 20250 - Casablanca  
 LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6  
 P.P.V. : 349DH00  
  
 6 118001 080465

400 ميسن

LOT: M0411  
 PER: 09/2022  
 PPV: 267,00DH

PPV: 14DH00  
 PER: 09/23  
 LOT: J2032

**Sanofi-aventis Maroc**  
 Route de Rabat - R.P.1-  
 Ain Sébaâ Casablanca  
 LASILIX SPECIAL 600MG  
 B30 CP  
 PPV : 302,00 DH  
  
 6 118001 082001

PPV: 14DH00  
 PER: 09/23  
 LOT: J2500

400 يفاموكساسين

LOT: M0411  
 PER: 09/2022  
 PPV: 267,00DH

**NEOFORTAN® 160 mg**

PPV 98DH80  
 EXP 05/2023  
 LOT 04044 2

**Daktarin®**  
 Maphar  
 Km 10, Route Côtier 111,  
 Ql. Benata Ain sebaâ Casablanca  
 Daktarin gel buccal 140g  
 P.P.V. : 53,00 DH  
 6 118001 180745

P H 180.00