

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| ○ Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| ○ 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° W19-444785

ND => 14520

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>0944</b>	Société : <b>R.A.M</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>HALMONY Abdellatif</b>			
Date de naissance : <b>09 Oct 1930</b>			
Adresse : <b>Coop. ALCITRAF II - 121 S. Nourovif CASA</b>			
Tél. : <b>0522 32 19 96</b>	Total des frais engagés : <b>237,60</b>	Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	<b>Dr. SEBTI Faycal</b> 2 Rue Ahmed El Majidi Casablanca		
Date de consultation :	<b>18/12/19</b>		
Nom et prénom du malade :	<b>HALMONY Abdellatif</b>		
Age :	<b>89</b>		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>Tr. respiratoire</b>		
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. J'atteste du caractère confidentiel de la maladie.			
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 : <b>CASABLANCA</b>	Le : <b>22 JAN 2020</b>		
Signature de l'adhérent(e) : <b>Halmony</b>			
<b>MUPRAS</b>			
<b>ACCUEIL</b>			

#### **RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
12/11/19 Neelelo			20500	INP : AFETI PPNFAL Dr. AFETI MAMADI MAM 2, Rue Ahmed El Matarati SARAHOU Tel: 03 22 47 22 - 03 31 36 19 00

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

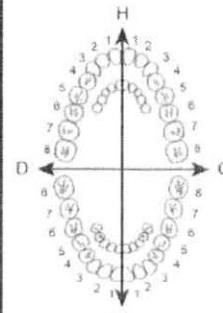
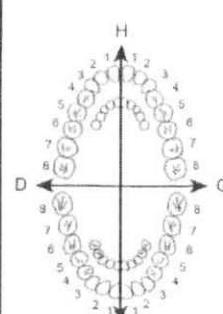
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

## **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	$H = \frac{255334112}{00000000} = \frac{21433552}{00000000}$ $G = \frac{00000000}{35533411} = \frac{00000000}{11433553}$			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

# Docteur SEBTI Fayçal

Expert Près les Tribunaux  
Médecin Attaché au Service  
de Gastro - Enterologie  
(Hôpital Averoës)  
**Médecine Générale**

2, Rue Ahmed El Mejjati (Ex des Alpes. Maârif)  
CASABLANCA  
Tél. : C. : 0522.25.28.82  
GSM : 0661 96 19 96

# الدكتور فيصل السبتي

خبير محلق لدى المحاكم  
طبيب ملحق بقسم أمراض الجهاز الهضمي  
بمستشفى ابن رشد  
الطب العام

2، زنقة أحمد المجاطي (الألف سابقا)  
الدار البيضاء  
الهاتف : ع 0522.25.28.82  
المحمول : GSM 0661 96 19 96

Casablanca, le 18/12/19

LOT 18B07 2  
EXP 02 2021  
PPV 37.60 DH

HARMONY Melnafit

37.6

XANTHIMUM 400

1c unit 2



Dr. SEBTI Fayçal  
2, Rue Ahmed El Mejjati Maârif  
Casablanca  
Tél: 05 22 25 28 82  
GSM: 0661 96 19 96

Xanthium® LP 400 mg  
30 gélules à libération prolongée

كزانثيوم® م.ت 400 ملغ  
30 كبسولة مديدة التحرير

Xanthium® LP 400 mg  
30 gélules à libération prolongée

AMM N° 309/17 DMP/21/NRQ



## Docteur SEBTI Fayçal

Expert Près les Tribunaux

Médecin Attaché au Service

de Gastro - Enterologie

(Hôpital Averoës)

**Médecine Générale**

2, Rue Ahmed El Mejjati (Ex des Alpes. Maârif)

CASABLANCA

Tél. : C. : 0522.25.28.82

GSM : 0661 96 19 96

## الدكتور فيصل النبتي

خبير محلق لدى المحاكم

طبيب ملحق بقسم أمراض الجهاز الهضمي

بمستشفى ابن رشد

الطب العام

2، زنقة أحمد المجاطي (الألف سابقا)

الدار البيضاء

الهاتف : ع : 0522.25.28.82

المحمول : 0661 96 19 96

Casablanca, le 18/12/19

HARMONY Nefcif

لـ AHMED BEN MEJJATI Ahmed

Fayçal : Je constate l'absence de  
lésions - fuites répétées

V.B. : altérations

P.D. - R.C. n.c.

↑ Ceci est  
à une

Dr. SEBTI Fayçal  
2, Rue Ahmed El Mejjati Maârif  
Casablanca  
Téléphone : 0522.25.28.82  
Mobile : 0661 96 19 96

