

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-467904

VP = 17870

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : MED 2311 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : MENNI EL BACHIR

Date de naissance : 12.03.49

Adresse : Rue Le Palmier RAM Route  
el Jadida N°400- Bat B 112

Tél : 0661 31 0993 Total des frais engagés : .....

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/11 / 2019

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète sucré

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'att médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le : 23/01/20

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## Adresses Mails utiles

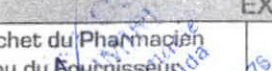

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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'Haroun



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/11/19	191,40
	22/11/19	23,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
17/11/15	(213012123)	464014

[illegible]

RELEVÉ 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 d'																	
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRE	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>					H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(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 L'EXE

Dr. Wafdi Abderrahim

Diplôme de la Faculté de Médecine  
de Paris

ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE

Diabète - Cholestérol - Hypertension  
Obésité - Thyroïde

Casablanca, le 22/11/19 في الدار البيضاء،

الدكتور وافي عبد الرحيم  
اختصاصي من كلية الطب بباريس

أمراض الغدد - مرض السكر - الملح

الكوليسترول - السمّة

Dr. Wafdi Abderrahim

6 x 17,10

Metformin 500 - 10 x 2 - Hte.

28,80

Anticérol 100 - 10 x 2 - Hte.

60,00 Valeriane en gel - 10 x 2 - Hte.

Dr 191,40

Dr. Wafdi Abderrahim  
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
Rue Pyrenées  
CASA

Pharmacie LAYMIRI  
Hind LAYMIRI  
Docteur en Pharmacie  
400, Route de Jeddida  
CASABLANCA  
Tél: 022.98.85.97-Fax: 022.98.24.76

2, زقة عبد الله راجع (برني سابق) - زاوية شارع ابراهيم الروداني - المعارف - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22.25.19.70

2, Rue Abdallah RAJAI (Ex. Pyrenées) - Angle Bd. Brahim Roudani - Maârif - CASABLANCA - Tél. : 05 22.25.19.70

L. T. C. R. V.  
PER 05 001

17,10



L. T. C. R. V.  
PER 05 001

17,10



L. T. C. R. V.  
PER 05 001

17,10



L. T. C. R. V.  
PER 05 001

17,10



L. T. C. R. V.  
PER 05 001

17,10





*Dr. Wafdi Abderrahim*

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Paris

**ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE**

Diabète - Cholestérol - Hypertension  
Obésité - Thyroïde

الدكتور وافدي عبد الرحيم  
اختصاصي من كلية الطب بباريس

أمراض الغدد - مرض السكر - الملح

الكوليسترول - السمينة

Casablanca, le 14/12/19 في الدار البيضاء،

*A Menni Dr Boudou*

*Adhagrap Rgenaux Dote R.D.*





ma vignette

# PHARMACIE MIMOSAS

400 route d'el jadida

DOCTEUR EN PHARMACIE

R.C :347956

Patente:36000366

T.V.A :

C.N.S.S:6974051

Tél :0522 98 86 97

Le 26/11/2019

**FACTURE N°199344**

N° ICE : 000500137000059

N° IF : 51500320

**MR MENNI EL BACHIR**

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	SUPRADYN BOOST X 10 CPS EFF	59,00	59,00	9,83	20,00
1	DOLIPRANE 1000 CPS SIMPLES	14,00	14,00	0,92	7,00

Achat médicament

Pharmacie MIMOSAS  
Hind LAKHMIRI  
Docteur en Pharmacie  
400, Route d'El Jadida  
CASABLANCA  
Tél: 022.98.86.97-Fax: 022.98.24.76

**TOTAL T.T.C :**

**73,00**

Nbr Articles	TVA 7% Base :	14,00	Montant :	0,92	TVA 20% Base :	59,00	Montant	9,83
--------------	---------------	-------	-----------	------	----------------	-------	---------	------

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Soixante-treize Dirhams.

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH  
 Dr Abdelaziz ZOUAOU | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

**M U P R A S**

**N° Admission** : 19019212 **N° Facture** : 19018878 **Date facturation** : 17/12/2019

**Nom et prénom du patient** : Mr **MENNI EL BACHIR**

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
RX GENOU F/P	1.00	464.00	464.00
		Sous-Total	<b>464.00 DH</b>

arrêtée la présente facture à la somme de :

**Quatre cent soixante quatre dirhams**

**Total : 464.00DH**

Adhérent : MENNI

Mle :

PC N° : 0000

Part organisme : 0.00 DH

Part patient : 464.00 DH

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDouch  
Dr Abdelaziz ZOUAoui | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Casablanca, le 17 Décembre 2019

**MR. MENNI EL BACHIR**

## **COMPTE RENDU**

### **RADIOGRAPHIE DES DEUX GENOUX EN POSITION DEBOUT DE FACES SCHUSS ET PROFIL :**

- Absence d'anomalie notable de la statique sur le cliché de face effectué en charge.
- Interlignes fémoro-tibiaux de largeur conservée.
- Absence d'anomalie notable au niveau des plateaux tibiaux ainsi que des condyles fémoraux.
- Aspect normal de la rotule.

### **Conclusion :**

*Radiographie des deux genoux ne révélant pas d'anomalie notable.*

