

# 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

- 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.

IS : 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

NB = 21253

## Déclaration de Maladie : N° P19-0007377

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5306

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BONZAIKA LAIMA

Date de naissance :

Adresse : 26 Rue Abu Abbas El AZZI-CASABLANCA

Téléphone : 066191299

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/12/19

Nom et prénom du malade : Dr. Zuhra binti Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

goutteuse, arthrose, goutte, etc.

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 : ACCUEIL

#### **BELEVE 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
02/12/19	C	2	8500rs	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
me BARTAL FATIMA pharmacie Achraf Rue Socrate Maârif Tél : 0522 25 22 09	02/12/19	2 h 2,2

#### **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	
<i>Dr. M. A. S. - Stage 1, April 2019 - Casablanca</i>	16/04/19	AMMA				(180 x 10) = 1800,00 Dhs

#### **BEI EVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important

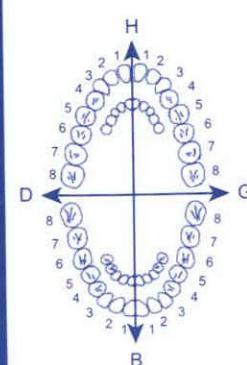
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODP.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**



VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ABOU EL FADEL Omar



د. ابو الفاضل عمر

Spécialiste en Chirurgie Traumatologique  
et Orthopédique  
Chirurgie Prothétique, Chirurgie de la Main  
Echographie  
Maladies du Dos et Médecine du Sport

الخصاصي في جراحة العظام و المفاصل  
زراعة المفاصل  
جراحة اليد  
الفحص بالصدى  
آلام الظهر و الطبل الرياضي

الدار البيضاء في ٢١/١٢/٢٠١٩ Casablanca, le

S.V.

Ber Zehn

Heller

Madame BARTAL FATIMA  
Pharmacie Acharaf  
Rue Socrate - Maârif  
Casablanca - Tél : 0522 25 22 09

57/12/2022  
S.V. Ber Zahra  
Habiba  
Objet :  
Madame BARTAL FATIMA  
Pharmacie Acharaf  
Rue Socrate - Maârif  
Casablanca - Tél : 0522 25 22 09

22/12/2022  
1 ml / 10 g  
apres repas

22/12/2022  
Ceolo 1 ml / 3 g apres repas

22/12/2022  
Kalev 1 ml / 10 g apres repas

Madame BARTAL FATIMA  
Pharmacie Acharaf  
Rue Socrate - Maârif  
Casablanca - Tél : 0522 25 22 09

2<sup>e</sup> Bd )brahim Roudani Appt 5 et 2<sup>me</sup> Étage ( Résidence El Fath ) - Maârif Extension - Casablanca

شارع ابراهيم الروذاني، سقة 5 الطانية الثانية (إقامة الفتح) - المعارف - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 25 40 79 - المستعجلات : 07 62 75 44 49 - البريد الإلكتروني : [info@medicalexpertise.com](mailto:info@medicalexpertise.com)

الهاتف : 05 22 25 40 79 - المستعجلات : 07 62 75 44 49 - البريد الإلكتروني : Urgences : casaortho@gmail.com

④ No accepted  
1 app = 3 / 5 per 10

Dr. MOHAMED FADEL OMAR  
Chairman of the Egyptian Journal of  
Public Health, Editor-in-Chief of the  
Journal of Public Health in the Arab World,  
277 Bld. Ibrahim Rousan, residential district, Cairo.

Dr. ABOU EL FADEL Omar

Spécialiste en Chirurgie Traumatologique  
et Orthopédique

Chirurgie Prothétique, Chirurgie de la Main  
Echographie

Maladies du Dos et Médecine du Sport



د. ابو الفاضل عمر

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل  
زيارة المفاصل  
جراحة اليد  
الفحص بالصدى  
آلام الظهر و الطب الرياضي

Casablanca, le

22/12/19

الدار البيضاء في

Lettre de redevance  
je vous adresse le  
patient Bezzahra  
mâloula qui présente  
des douleurs arthritiques  
épiphysaires gach.  
→ Faire faire une  
redevance  
épiphysaire

Dr. ABOUEL FADEL  
Chirurgie Prothétique et Traumatologique  
Spécialiste en Chirurgie de la Main

- de Kinésithérapie  
d'adaptation Physique  
30, Rue Ibrahim Roudani  
Appartement 03 - Casablanca

217 Bd Ibrahim Roudani Appt 5 et 2<sup>ème</sup> Étage ( Résidence El Fath ) - Maârif Extension - Casablanca

شارع ابراهيم الروانى شقة 5 الطابق الثاني (إقامة الفتاح) - المعاريف - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 25 40 79 - المستعجلات : 07 62 75 44 49 - البريد الإلكتروني : E-mail : casaortho@gmail.com

LOT 181366  
EXP 02/2021  
PPV 42.00DH

Microgranules  
Gastrorésistants

14  
Gélules

voie orale



KALEST<sup>®</sup>

Oméprazole - 20 mg

MC PHARMA

LOT 181366  
EXP 02/2021  
PPV 42.00DH

Microgranules  
Gastrorésistants

14  
Gélules

voie orale



KALEST<sup>®</sup>

Oméprazole - 20 mg

MC PHARMA

# بوريكسين® 20 مغ

بيروكسيكام بيطاسيكلوديكسترين

10 أكياس

عن طريق الفم

chiesi

L 0 7 1 9 0 1 3  
F E R S E P 2 2  
F I V E 7 3 H 1 0

57,10



# بوريكسين® 20 مغ

بيروكسيكام بيطاسيكلوديكسترين

10 أكياس

عن طريق الفم

chiesi

L 0 7 1 9 0 1 3  
F E R S E P 2 2  
F I V E 7 3 H 1 0

57,10



Cedol

سیدول

Cedol

Cédol<sup>®</sup>

20 Comprimés



6 1 1 8 0 0 0 1 8 0 9 1 3

22 88

Cedol

سیدول

Cedol

Cédol<sup>®</sup>

20 Comprimés



6 1 1 8 0 0 0 1 8 0 9 1 3

22 88