

# 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

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.

ND = 29203

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1956

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ANISSA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ANISSA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-047920

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

# 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.

**MUPRAS** : 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

Maladie

Dentaire

Optique

A

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1956

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

BENCHEKOUN ANISSA

Date de naissance : 18/05/1956

Adresse : 109, Rue MONTAIGNE VAL EL EUR CASABLANCA

Tél. : 066 14 65 224

Total des frais engagés :

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Professeur Abdellaziz BAKHATAR  
Pacifique-Patologique à l'Elle d'Anouar  
El Allal Ben Abdellah Casablanca  
Téléphone : (+212) 20205143100001?*

Date de consultation : 05/03/2020

Nom et prénom du malade : BENCHEKOUN ANISSA Age :

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : fonctionne aigue

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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA BLANCA

Le : 05/12/2020

Signature de l'adhérent(e) : Ben

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-043237

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

*P.N.Z.H.M*  
*2*  
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1956

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>ARMACIE MASJID C.I.L.</b> <i>r. Sonia Aboumerouane          Lottissement du Stade          Essalam, C.I.L. Casablanca          61 - 0522 3000</i>	05/03/20	480,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

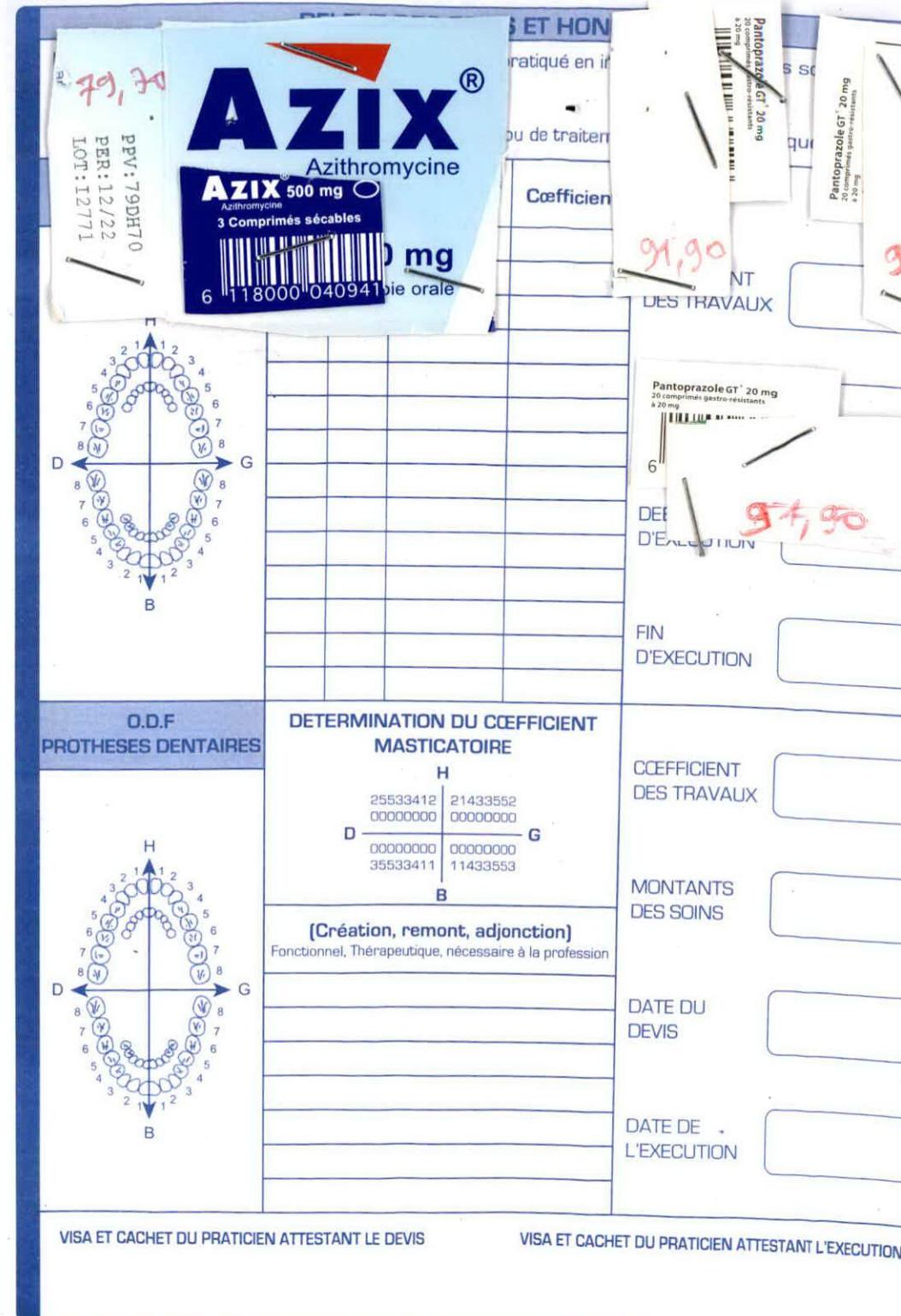
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05/03/2020	Rathnae Signature	200 M

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### VIOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



**RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
103/2020 VZ	10	300, MA	<i>[Handwritten signature over a blue stamp]</i>

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MASJID C.I.L. 05/03/2020	05/03/2020	480, 20

**ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>[Handwritten signature]</i>	05/03/2020	Radiographie	200 MA

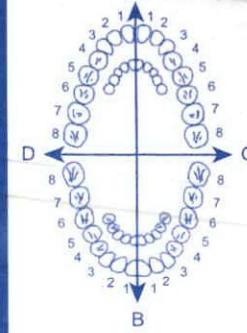
**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

**VOLET ADHERENT**

PES

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

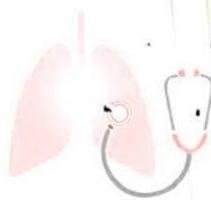
<b>PPV: 79DH70</b>	<b>PER: 12/22</b>	<b>LOT: 12771</b>				
<b>AZIX® Azithromycine 500 mg 3 Comprimés sécables 50 mg 6 1118000 040941voie orale</b>						
						
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>						
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>						
<table border="1"> <tr> <td>H 25533412 00000000 00000000</td> <td>21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>D 35533411</td> <td>G B</td> </tr> </table>			H 25533412 00000000 00000000	21433552 00000000 11433553	D 35533411	G B
H 25533412 00000000 00000000	21433552 00000000 11433553					
D 35533411	G B					
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession						
<b>MONTANTS DES SOINS</b>						
<b>DATE DU DEVIS</b>						
<b>DATE DE L'EXECUTION</b>						
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>						
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>						

**Professeur Abdelaziz BAKHATAR**

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur  
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie  
de Casablanca

Diplômé A.F.S.A. (Attestation de Formation  
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)  
Pléthysmographie avec D.L.C.O. / Gaz du sang

05.03.2020



**الدكتور عبدالعزيز باخطار**

أستاذ التعليم العالي سابقاً

بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

شهادة التدريب المتخصص A.F.S.A.

المعهد بمستشفى بوجون، باريس

قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأوكسجين في الدم

الدار البيضاء، في

Casablanca, le .....

Mme BENCHEKROUN ANISSA

246,10



82,00 x 3

**1 - OXYMAG CP EFFER**

Prendre 1 comprimé effervescent le soir, pendant 2 mois.

**2 - PANTOPRAZOLE 20**

154,50



51,00 x 3

1 le matin, avant le repas, pendant 2 mois.

**3 - AZIX 500**

79,70



79,70

Prendre 1 comprimé par jour, pendant 3 jours.

480,12

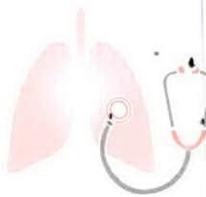
PHARMACIE MASJID C.I.L.  
N°22, Avenue du Stade  
Dr. Sonia Aboumerouane  
Casablanca, C.I.L - Casa  
Tél : 0522 39 88 73

Professeur Abdelaziz BAKHATAR  
Pilote de l'enseignement à l'Anoual Capital Center  
N°5 - Casablanca, Maroc  
Téléphone : (+212) 5 22 99 66 24 — GSM : (+212) 6 61 08 99 15 — E-mail : bakhataraziz@gmail.com

**Professeur Abdelaziz BAKHATAR**

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur  
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie  
de Casablanca

Diplômé A.F.S.A. (Attestation de Formation  
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)  
Pléthysmographie avec D.L.C.O. / Gaz du sang



5 Mars 2020

Casablanca, le .....

**الدكتور عبدالعزيز باخطار**

أستاذ التعليم العالي سابقاً  
 بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
شهادة التدريب المتخصص  
المعمق بمستشفى بوجون، باريس)  
قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأوكسجين في الدم

الدار البيضاء، في

Radio du thorax face

**Nom : BENCHEKROUN**

**Prénom : ANISSA**

**Qualité du cliché : bonne**

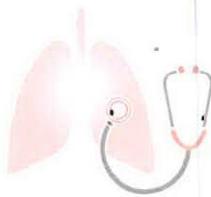
**Interprétation : normale**

Professeur Abdelaziz BAKHATAR  
Pneumophtusic  
416, Bd Abdelloumen (Angle Bd Anoual) - 1er étage  
Rés. Anoual Capital - 22 c° 96 92 - Casablanca  
Tél : (+212) 5 22 99 66 24 - GSM : (+212) 6 61 08 99 15  
ICE : 0026 1431000012

**Professeur Abdelaziz BAKHATAR**

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur  
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie  
de Casablanca

Diplômé A.F.S.A. (Attestation de Formation  
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)  
Pléthysmographie avec D.L.C.O. / Gaz du sang



**الدكتور عبد العزيز باخطار**

أستاذ التعليم العالي سابقا  
 بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
شهادة A.F.S.A. (شهادة التدريب المتخصص  
المعمق بمستشفى بوجون، باريس)  
قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأوكسجين في الدم

Casablanca, le 5 Mars 2020

الدار البيضاء، في

### **NOTE D'HONORAIRES**

Je soussigné. Professeur Abdelaziz BAKHATAR

avoir reçu des honoraires

de la part de Madame BENCHEKROUN ANISSA

concernant l'examen RADIO THORAX FACE

la somme de 200 DHS

Professeur Abdelaziz BAKHATAR  
Docteur en Allergologie  
416, Rue Abdellatif Ben Abdallah - 1er étage N°5  
Résidence Anoual Capital Center - Casablanca  
Tél : (+212) 5 22 99 66 24 — GSM : (+212) 6 61 08 99 15 — E-mail : bakhataraziz@gmail.com  
ICE : 00205143100012