

# 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.

## Education :

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

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.

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



## Déclaration de Maladie

Nº M21- 0010908

65234

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2445 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : K. BERRADA TAOUD

Date de naissance : 13-07-56

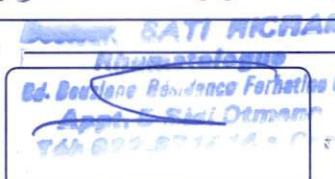
Adresse : HABITuelle

Tél. : 06 29 46 5965 Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/03/21

Nom et prénom du malade : KABASLOU BERRADA Jaouad

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : opacité

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 : CASA Le : 30/03/2021

Signature de l'adhérent(e) : AB

## **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
29/3/21	CO	250DT		
30/3/21	inf. traction	300DT		

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/03/21	533,20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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

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 D B	H D B	25533412 21433552 00000000 00000000 35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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

**Dr. Hicham SATI**  
 Spécialiste en Rhumatologie  
 Maladies Rhumatismales  
 Articulations - OS. et Colonne vertébrale

- Ancien Professeur Assistant des Hôpitaux de France
- Diplôme Universitaire de la douleur
- Membre International du Collège Americain de rhumatologie et de la Société Française de Rhumatologie
- Diplôme en Rhumatologie Pédiatrique

Sur Rendez-vous - Horaire Continue

Casablanca, le :

29/03/2011

الدار البيضاء، في:

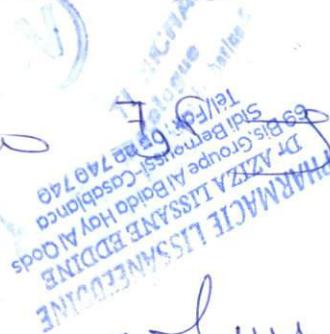
Khalil Benabdellah

Jah

Im

El

Douflex 220,00



53.11 x 2

69.00 Boufex



81.40

0m3



**الدكتور هشام ساطع**

اختصاصي أمراض المفاصل  
 والروماتيزم والعظام والعمود الفقري

- استاذ مساعد بالمستشفيات  
 الفرنسية سابقاً

- عضو المعهد الأمريكي لأمراض الروماتيزم  
 والجمعية الفرنسية لأمراض الروماتيزم

- دبلوم جامعي في علاج الألم  
 - شهادة الترويض الطبي

- دبلوم في روماتيزم الأطفال

بالموعد - التوقيت المستمر

Tel: 0539-94-41-51  
email: pegasuspharma@outlook.com  
Num d'autorisation : DA20181502437DMP/20

**DUOFLEX 30 GELULES**  
LOT : 200002  
PER : 04/2023  
PRIX : 220 DH



56,60

69 BIS GROUPE ALBIDA HUY AGOADS  
DR AZIZA LISSANE EDDINE  
PHARMACE LISSANE EDDINE  
Tel/Fax : 0522 740 740  
Sidi Bel Abbès - Casablanca

= 533,20

53,10

53,10

Lot N° / A consommer de préférence avant fin :

BIOFAR Calcium Vitamin D3  
CP bte 20  
PPC : 69,00 DH  
Ut Av : 05/2023 | Lot : 0120/7

IPHADERM  
3 760049 895216  
Poids net :  
Net weight:  
الوزن الصافي : 90 g

81,40

811 800115 013 7  
DIPROSTENE 1 Seringe  
P.P.V : 56,60 DH  
AMM 235DMP/21/NTT  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouskoura

# Dr. Hicham SATI

Spécialiste en Rhumatologie  
Maladie Rhumatismales  
Articulation - OS. et Colonne vertébrale

الدكتور هشام ساطع



إختصاصي أمراض المفاصل  
والروماتيزم والعظام والعمود الفقري

- Ancien Professeur Assistant des Hôpitaux de France
- Diplôme Universitaire de la douleur
- Membre International du Collège Americain de rhumatologie et de la Société Française de Rhumatologie
- Diplôme en Rhumatologie Pédiatrique

- أستاذ مساعد بالمستشفيات  
الفرنسية سابقا

- دبلوم جامعي في علاج الألم

- عضو المعهد الأميركي لأمراض الروماتيزم  
والجمعية الفرنسية لأمراض الروماتيزم

- دبلوم في روماتيزم الأطفال

## Facture

Nom : KABASCOU BERRADA

Prénom : Joudad

Date : 30/3/21

Prix d'infiltarations : 300 DH

