

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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° W21-606250

FACTURE  
copy & rendu

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 4508

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HILAL TAOUFIK

Date de naissance : 12.09.1963

Adresse : 4 Rue Sananji 1er DAWLI 2 ANFA Casablanca

Tél. : 0664173752

Total des frais engagés : 802 + 719 Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. ASMAA YACOUBI**  
**RHUMATOLOGUE**

Angle Bd. Sidi Massai (bd du Phare) et Av. de Nice.  
résidence Normande 2<sup>e</sup> étage 1000 Casablanca  
Télé : 22 78 34 80 - GSM : 06 62 17 80 50

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/02/2021

Nom et prénom du malade : HILAL ANAL Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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 : Casablanca Le : 16/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :



BOUZAADANE

## **RELEVE 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
16/02/2016	C		67€	INP : <u>11111111111111111111</u> Dr. Asma RAHMANI RHUMATOLOGUE MEDECIN FUNCTIONNELLE N° 16200000000000000000 AMBULATOIRE MEDECINE DU TRAVAIL (au phare) et AMBULATOIRE 1 <sup>er</sup> étage 16200000000000000000 06/03/2016
	consultation		80€	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Résumé de la Facture Montant de la Facture
<b>Pharmacie VICTORIA</b> N° 21 Avenue de l'Indépendance Rue Ahmed Ben Bouchta 20100 Blida Tél: 0522 39 14 86	16/02/2016	T = 713,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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"/>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
		<table border="1"> <tr> <td>05503412</td> <td>21423552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		05503412	21423552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
05503412	21423552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

Dr. YACOUBI Asmaa  
الدكتورة يعقوبي أسماء

Casablanca, le : 16 FEV. 2021

0206/20 EXP06/23

gila P.P.C 99.00 DH

99.00 x 2

~~Tramadol~~

0206/20 EXP06/23

P.P.C 99.00 DH

① Mc 2. (synergie)



2cp à jeûn 2x2mols-

103,60

② D-cire forte



PPV: 49,60 DH  
LOT: 2013  
EXP: 10/2023

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00

Lampadaire pendant 3h

successifs —

dans une veillée d'hiver

(94.00 x 2)

③ Hypodermix 150



tcp x 215 pdt 1000

35x1

④ Plavix gouttes

le 16/02/21  
P.M. 100 mg/24h  
Tous les jours à jeûn  
Angle Avenue de France et N° 23  
Rue Ahmed Ben Barka 20300  
Tél: 06 22 39 14 11

3554

1500

Amitriptyline

PPV: 39DH/20  
PER: 09/23  
LOT: J2375

1 1 1 6 2 1000

~~26.60x6~~  
5) vitanéum fort - S.V.

LCP 2 2kg - pdt 2000

~~M.D.J~~  
6) Doliprane lg - S.V.

LCP 15 ο douleurs

PPV: 14DH00  
PER: 12/23  
LOT: J3332

- 4105.80

PV	28,80
OT	
ER	
V	
DT	28,80
R	
PV	
DT	28,80
R	
PPV	
LOT	28,80
PER	
PV	
DT	28,80
ER	
PPV	
LOT	28,80
PER	
PV	
LOT	28,80
PER	
PPV	
LOT	28,80
PER	
PPV	
LOT	28,80
PER	



Pharmacie VICTORIA  
Angle Avenue de Nice et N° 21  
Rue Ahmed Ben Bouchta 20100  
Casablanca - Tel: 0522 39 14 66

Dr. YACOUBI Asmaa  
الدكتورة يعقوبي أسماء

RHUMATOLOGIE  
MALADIES DES OS DES ARTICULATIONS  
ET COLONNE VERTÉBRALE

Casabianca, le : 16/02/2021

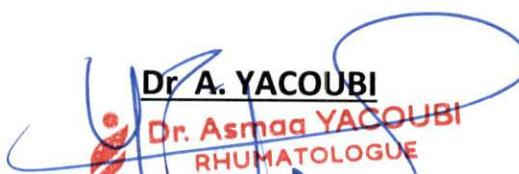
**REÇU de : MME HILAL AMAL**

**La somme de : 800,00 Dirhams  
(Huit Cents Dirhams).**

**Pour :**

**-Une séance de mésothérapie intéressant  
l'épaule droite,**

**en date du 16/02/2021**

  
**Dr. A. YACOUBI**  
  
**Dr. Asmaa YACOUBI**  
**RHUMATOLOGUE**  
Angle Bd. Sijelmassi (bd du Phare) et Av. de Nice,  
Résidence Normandie 2, 2<sup>ème</sup> étage, N3 - Casablanca  
Tél. : 05 22 36 36 80 - GSM : 06 62 37 80 50

 [ayacoubirhum@hotmail.fr](mailto:ayacoubirhum@hotmail.fr)  06 62 37 80 50  05 22 36 36 86

 Angle Bd. Sijelmassi (bd du Phare) et Av. de Nice, Résidence Normandie 2,  
2<sup>ème</sup> étage, N3 - Casablanca.

 [www.dababoc.ma](http://www.dababoc.ma)