

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Reéducation :

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.

## Prothèse :

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

N° M21- 062759

8263 1 *Handwritten signature*

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3270 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SKIREDT LEILA

Date de naissance : 05/04/1958

Adresse : RESIDENCE ANDALOUSIA IH 43 N° 1 CASA

Tél. : 0641727178 Total des frais engagés : 698,70 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MEKKI SKIREDT  
RHUMATOLOGUE  
RESID. BEN OMAR PORTE B, 5  
RUE IBNOU NAFISS - MAARIF  
TEL.: 022 99 24 14 / 15 - CASA

Date de consultation : 19/08/2021

Nom et prénom du malade : Skiredj Leila Age :

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

Nature de la maladie : *Handwritten: Tension artérielle*

En cas d'accident préciser les causés 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) :




Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Règlement des Actes
19/8/21	Cs		216.00	
19/8/21	Infiltration (K10)		216.00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/8/21	198,70 DH

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

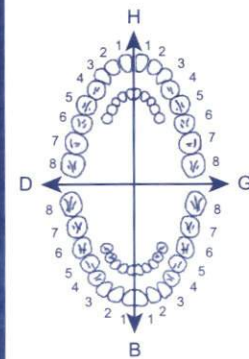
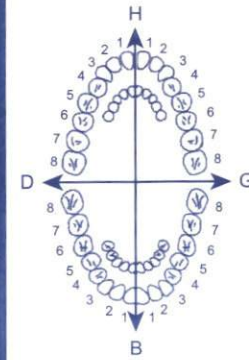
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Mekki SKIREDJ**

**RHUMATOLOGUE**

Maladies des Os, des Articulations  
de la Colonne Vertébrale  
et Rhumatisme Inflammatoires

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier

Osteopathie

Echographie Musculo Squelettique



**الدكتور المكي سكيرج**

اختصاصي في أمراض الروماتيزم  
العظام - المفاصل - العمود الفقري  
خريج كلية الطب بمونبيلي  
التطبيب اليدوي  
فحص المفاصل بالصدى

Casablanca, le

19/8/21

566 Skiredj, Leila

1. Diploshie

11410 A rapporte

2. Ostéor s. sup

14120 - - - 1

3. Doliprane

10360

19870

**DR. MEKKI SKIREDJ**  
**RHUMATOLOGUE**  
Résidence Ben Omar - Porte B - 5  
Rue Ibnou Nafiss - 3ème Etage - Maârif - Casa



Doliprane® 1000mg  
PARACÉTAMOL

10 comprimés



أقراص

بوتلي س.أ.  
مركز الكازيناريداس - ميميل السبع - الدار البيضاء  
من الصيدليات - صيدالي مسؤول

COMPOSITION

Paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC90 (1111,11 mg) pour un comprimé.

INDICATIONS

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Peut être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose. **Réserve à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans : lire attentivement la "posologie".** Pour les moins de 15 ans, il existe d'autres présentations. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

# Doliprane®

## 1000 mg

PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

ADULTE  
10 Comprimés

PPV: 14DH00  
PER: 03/23  
LOT: J890

b  
bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ahl Sebda - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable





Doliprane® 1000mg  
PARACÉTAMOL

10 comprimés



أقراص

بوتلي س.أ.  
ممر الكازيناس - ميم السبع - الدار البيضاء  
من الصيدلي مسؤول

COMPOSITION

Paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC90 (1111,11 mg) pour un comprimé.

INDICATIONS

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Peut être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose. **Réserve à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans : lire attentivement la "posologie".** Pour les moins de 15 ans, il existe d'autres présentations. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

# Doliprane®

## 1000 mg

PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

ADULTE  
10 Comprimés

PPV: 14DH00  
PER: 03/23  
LOT: J890

b  
bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ahl Sebda - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

30 comprimés  
pelliculés

  
**CRESTOR®**  
rosuvastatine

**5 mg**

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH

 e Orale




30 قرص مغلف

5 ملغ

ك্রেস্তور®

روز وفاسفاتیین

عن طریق الفم

AstraZeneca 

pré-remplie de 1 ml

**Diprostène®**  
suspension injectable en seringue pré-remplie



611 800115 013 7  
DIPROSTENE 1 Seringue  
P.P.V : 58,80 DH  
AMM 235DMP/21/NTT  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouskoura



**DIPROSTENE® + GROSSESSE  
= DANGER**

**Ne pas utiliser chez la femme enceinte,  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique**

**Dr. Mekki SKIREDJ**

**RHUMATOLOGUE**

Maladies des Os, des Articulations  
de la Colonne Vertébrale  
et de Rhumatismes Inflammatoires  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier  
Osteopathie  
Echographie Musculo Squelettique



**الدكتور المكي سكيرج**

إختصاصي في أمراض الروماتيزم  
العظام - المفاصل - العمود الفقري  
خريج كلية الطب بمونبولي  
التطبيب اليدوي  
فحص المفاصل بالصدى

19/08/2021

**FACTURE**

Mme SKIREDJ LEILA

Infiltration (k10).....250.00DH

TOTAL 250.00DH

**FACTURE ARRETEE A LA SOMME TOTALE DE DEUX CENTS CINQUANTE  
DIRHAMS T.T.C.**

MEKKI SKIREDJ  
RHUMATOLOGUE  
RESID. BEN OMAR PORTE B, 5  
RUE IBNOU NAFISS - MAARIF  
TEL: 022 99 34 14 / 15 - CASA