

## 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.

N° W19-426677

83245

SA

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10727

Société : RAD

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : OUATH'D SANI RIA

Date de naissance : 22/09/1974

Adresse : 30 Riad D'ARIA-LAKRINATE

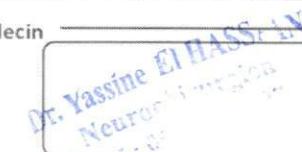
Ain Chok - CASA

Tél. : 066153506

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10 JUIN 2017

Nom et prénom du malade : Mme EL Fakir Molok

Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection en cours

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 : 10/06/2017

Signature de l'adhérent(e) :



## **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
15/01/2015	31	300,00		INP : DR. Yassine EL HASSI Neuroct 991171074 022-22601171

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL IMAM MALL DR. MEDDAH MOHAMED RUE 26, N° 11	24/6/2021	160,60

100%

092006048 ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

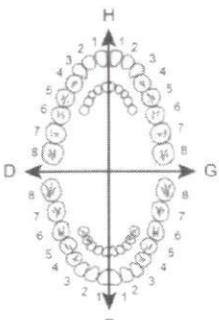
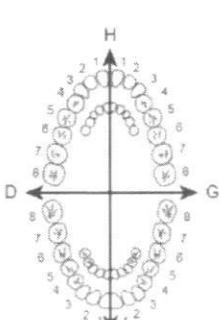
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....

## **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"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Yassine El Hassani

الدكتور ياسين الحساني

Neurochirurgien

Spécialiste en Chirurgie de la tête et du dos  
Adulte et Enfant

Ancien interne des hôpitaux

Ancien Chef de clinique neurochirurgie  
Hôpitaux Universitaires Genève (Suisse)

Diplômé en Electroencéphalographie à Lille (France)  
Spécialiste en migraines et céphalées  
Sur rendez vous

طبيب جراح للأعصاب

مختص في جراحة الرأس والظهر  
للكبار والأطفال

طبيب داخلي في المستشفيات الجامعية سابقا  
رئيس مصحة لجراحة المخ والأعصاب  
للمستشفى الجامعي جنيف سابقا

حاصل على دبلوم في التخطيط الكهربائي للدماغ بليل (فرنسا)  
الحقيقة وألام الرأس  
بالموعد

Rp

Casablanca le .....  
26 JUIN 2021

M. El Fatah MZAK

1/ Coliprest 20mg

28.8

2 x p mthi

2/ Oxyt 20mg

28.8

1 x p mthi

3/ Vitonevit fort

29.6



1/3/2021

7/06/2021

4/ RAMACEL 1000 mg

Dr. MEDICAL A. A.  
Lakemal, Rue 28, N°64  
Casablanca  
Tél: 05 22 21 33 13  
Fax: 06 61 08 55 05



1 x p le 1 an

100g

Bd Abderrahim Bouabid (ex Jerrada), N°59 et rue des mésanges N°5 CP 20410 Quartier Oasis Casablanca

INP : 091171074

شارع عبد الرحيم بوأبيد (شارع جرادة سابقا)، رقم 59 وزاوية زفة ميزنخ رقم 5، حي الوازيس - الدار البيضاء

الهاتف / الفاكس 06 26 43 32 82 Tél/Fax : 05 22 25 60 27 المستعجلات :

Email: drelhassaniyassine@gmail.com البريد الإلكتروني :



Laboratoires SYNTHÉMÉDIC  
20-22, Rue Zouhour Birou El Aouine - Roches Noires  
Casablanca, Maroc

# قسوة بيل قسوة

بنفوفيتامين 100 ملجم

28,80



بنفوفيتامين 100 ملجم  
عن طريق الفم  
جرعة ملبيّة  
30

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



18000180593

PPV  
LOT  
PER

25X34X79  
6

30 comprimés pelliculés  
VITANEVRIL® FORT

BENFOTIAMINE 100 mg  
30 comprimés  
pelliculés

voie orale

sanofi-synthelabo



Laboratoires SYNTHÉMÉDIC  
20-22, Rue Zouhour Birou El Aouine - Roches Noires  
Casablanca.

# قسوة بيل قسوة

بنفوفيتامين 100 ملجم

28,80



عن طريق التم

PPV  
LOT  
PER

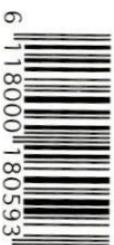


30 comprimés pelliculés

Composition:  
Benzofotiamine ..... 100 mg  
Excipients q.s.p. .... 1 comprimé pelliculé  
Excipients à effet notable :  
lactose, saccharose  
Ille attentivement la notice avant utilisation  
ne pas laisser à la portée des enfants

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



b6  
25X34X79

VITANEVRIL® FORT

BENFOTIAMINE 100 mg

30 comprimés  
pelliculés

Voie orale

sanofi-synthelabo



# VITANEVRIL® FORT

31.2525

4 031626 710635

5 g pommaide ophtalmique avec vitamine A

Vita POS®

5 غ مغم للعين مع فيتامين A  
حل من الماء المغاشية  
يسعى للعين



مرهم للعين

فيتا بوس

URSPHARM  
URSAPHARMArzneimittel GmbH  
Industriestraße 35  
66129 Saarbrücken  
Allemagne

€ 0344

STERILE A

SBA

6 g pommaide ophtalmique  
avec vitamine A  
Sans agents conservateurs  
Voie ophtalmique



Pommaide ophtalmique

Vita POS®

Pour l'amélioration du film lacrymal et la protection  
de la surface de l'œil.

25 °C



يُمكن حفظه لمدة 6 أشهر بعد فتحها

79,00  
298,34  
79,00 DH  
PPC:



14  
plm