

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## Éducation :

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... 0704 ..... Société : ..... 83380 .....

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BADRANE ABDELLAH

Date de naissance :

1/1/47

Adresse :

Habib Bourguiba

Tél. : 05 22 20 45 45

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

03/08/2021

Nom et prénom du malade :

BADRANE ABDELLAH

Age : 74 ans

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 : 03/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 03/08/2021

## 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
23/08/21	Consultation	Graalh		

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23.8.21	496,10

## **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
		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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box]																				
				MONTANTS DES SOINS [Empty box]																				
				DEBUT D'EXECUTION [Empty box]																				
				FIN D'EXECUTION [Empty box]																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	G	21433552		00000000		00000000	D	00000000	G	00000000		35533411		11433553	B				COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box]
H	25533412	G	21433552																					
	00000000		00000000																					
D	00000000	G	00000000																					
	35533411		11433553																					
B																								
				MONTANTS DES SOINS [Empty box]																				
				DATE DU DEVIS [Empty box]																				
				DATE DE L'EXECUTION [Empty box]																				

Dr. Mohamed ID-EL OUALI

## Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Montpellier - France

- Ex. Praticien des Hôpitaux de Montpellier
  - Chirurgie des Os et Articulations
  - Chirurgie Prothétique : Epaule - Hanche - Genou
  - Arthroscopie
  - Maladies Rhumatismales
  - Diplôme de Pathologie et Chirurgie de la Main
  - Diplôme Universitaire de Microchirurgie
  - Diplôme de Médecine du Sport



الدكتور محمد إيد الوالي

اختصاصي في طب وجراحة  
العمق والجراحتي

خريج كلية الطب بمونيتوس، - هرنسا

- طبيب سابق بمستشفيات مونبولي
  - جراحة العظام والمعاصل
  - المعاصل الاصطناعية : كتف - ورك - ركبة
  - الجراحة بالمنظار
  - أمراض الروماتيزم
  - دبلوم علم أمراض وجراحة اليد
  - دبلوم جامعي في الجراحة المجهريّة
  - دبلوم الأمراض

Casablanca, le 23/08/2021

**MR BADRANE ABDELHAK**

54.20

- **Cartrex 100 mg**  
21 Comprimé, matin, soir, pendant 10 jours
  - **Codoliprane 400 mg / 20 mg**  
1 Comprimé x 4 / jour, pendant 10 jours
  - **Zolam 30 mg**  
1 Gélule le soir, pendant 10 jours.
  - **Diprostene** 66.60  
1 infiltration sous-acromiale épaule droite

• No ciceptor

~~Eschamed ID-12~~ - Transzit  
Soy Sedi.

Dr. Nizar  
Chirurgien Généraliste  
2, Bd Mohamed V, Casablanca  
Mly Rachid - Correspondance : 05 22 71 17 17 - Télécopie : 05 22 71 17 17  
Tél. : 05 22 71 17 17 - Agence : 05 22 71 25 9

~~-4/9b, 10~~

22.10

PPV 22/04/20  
PER 04/23

~~PPV PER LOT~~

  
 611 800115 013 7  
**DIPROSTENE 1 Seringue**  
 P.P.V : 56,60 DH  
 AMM 235DMP/21/NTT  
 Distribué par MSD Maroc  
 B.P. 136 Bouskoura

PVC: 198.00DH  
0116  
2024-01

**2, Bd Med Bouziane , Rond point de la Mosquée Al khavria , au-dessus de la banque Populaire Hay Sadri**

Mly Rachid - Tél.: 05 22 71 17 17 - en cas d'urgence : 06 89 25 92 03 - E-mail : cabinet.idelouali@gmail.com

Week-ends et jours fériés : Clinique Bournezel : 05 22 72 75 75 / 05 22 72 80 81