

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## entaire :

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° P19-

052749

839 59

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3185

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SABIRI Said

Date de naissance :

05.11.52

Adresse :

67 Rue ezzajzaouine B) LA GIRONDE  
CASA  
0522 81 81 24

Tél. :

597,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Date de consultation :

23/7/2021

Nom et prénom du malade :

SABIRI Said

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfant

Nature de la maladie :

CLAVIOTHÉRAPIE Dr. MEMANI

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 : 13/09/2021

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
23/07/2021			297.70	<i>DR. ABDERRAHMANE BENARABY</i> TRAUMATO - CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE Bd. de la Résistance 20 - Héridance 2 <sup>me</sup> Etage - 0522 44 93 42 Tél.: 0522 44 93 42 - Fax: 0522 44 93 42 IP : 0510 20 233

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DR. ABDERRAHMANE BENARABY</i>	23/07/2021	297.70

## 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
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A horizontal line with arrows at D and G passes through the arches. A vertical line with arrow at B passes through the arches				

**Docteur Abderrafi BENABDENBBI**  
**CHIRURGIEN**  
**TRAUMATO - ORTHOPEDISTE**

Ancien Enseignant à la Faculté de Médecine  
 Ancien Assistant des Hôpitaux de Toulouse  
 Assermenté Auprès des Tribunaux  
 membre de S.I.C.O.T.  
 Bd. de la résistance - Résidence Casa 1  
 2ème Etage N° 204 - Casablanca  
 Tél. : 05 22 44 93 39 Fax : 05 22 44 93 42



الدكتور عبد الرفيق بن عبد النبي  
 طبيب جراح في العظام والفاصل  
 محلف لدى المحاكم بالدار البيضاء.  
 عضو في المنظمة العالمية للجراحة

شارع المقاومة إقامة البيضا، 1  
 الطابق الثاني. رقم 204 - الدار البيضاء.  
 الهاتف : 05 22 44 93 39 - الفاكس : 05 22 44 93 42

Casablanca, le ..... 23/4/21

الدار البيضاء، في

SABIRI SAB

27.70 x 3

1 Cade. tskline 5.1 100

1 sacret 1 j x 9.0

87.80

1 BERM x 15

37.00 x 2 1 cp 1 j x 20

3 ACET HIO 5.0 5.1

52.80

1 cp 2 x 1 j x

0MEON 20/0EDES 20

297.70 1 81 15 14.0 5.1

DR. ABDELLAFI BENABDENBBI  
 204, RUE DE LA RESISTANCE, CASABLANCA  
 TÉL: 05 22 44 93 39  
 FAX: 05 22 44 93 42  
 MOB: 05 22 82 37 05

DR. ABDELLAFI BENABDENBBI  
 204, RUE DE LA RESISTANCE, CASABLANCA  
 TÉL: 05 22 44 93 39  
 FAX: 05 22 44 93 42  
 MOB: 05 22 82 37 05

LOT 201565  
EXP 05/2023  
PPV 52.80DH



Microgranules gastrorésistants en gélules

14 x

**ODES**<sup>®</sup>  
oméprazole



**20**  
mg  
Voie orale

  
**COOPER**  
PHARMA

ACETHIO®

500 mg / 2 mg

Paracétamol / Thiocolchicoside

20 Comprimés

Voie orale

P.P.V :  
LOT :  
EXP :

37160

ACETHIO®

500 mg / 2 mg

Paracétamol / Thiocolchicoside

20 Comprimés

Voie orale

P.P.V :  
LOT :  
EXP :

37160

# IBERMOX® 15 mg

Meloxicam

20 Comprimés par voie orale



**IBERMA**  
Depuis 1993

LOT : 17320004  
PER : 08/2023  
PPU : 87,80 DH

IBERMOX® 15 mg  
Meloxicam

Voie orale

20 Comprimés

# كardiاسبرين 100 م

Cardioaspirine 100 mg/30cpls  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

حمض أسيتيل ساليسيليك

MFD

BT12152 09 2019

09 2024

EXP



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

# كardiاسبرين 100 م

Cardioaspirine 100 mg/30cpls  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

حمض أسيتيل ساليسيليك

MFD

BT12152 09 2019

09 2024

EXP

30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة



# كardiاسبرين 100 م

Cardioaspirine 100 mg/30cpls  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

حمض أسيتيل ساليسيليك

MFD

BT12152 09 2019

09 2024

EXP



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة