

## 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

- 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-660982

94869

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 3336			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL HADDOUCHI DAD			
Date de naissance : 20/01/1960			
Adresse : 275 APP 1 NISSAN CO 1A			
Tél. : 066 071418 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 21/11/2019	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Infection	
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 : 06/11/2019  
 Signature de l'adhérent(e) :

## **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
26/10/2021	L.D.		300 dh	INP : 10910091009  Dr. Abdellah El Mousa Généraliste 10910091009 Tel. 052-541400 - 052-52286097

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **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		

#### **BELEVE 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'ODR.

Date : 02 / 11 / 2004

## Ordonnance

Mr BE Hamedouche N. Shoueib

48,50

PHARMACIE HAY EL MATA  
Dr. EL MABROUKI Hakim  
1, Bd. Oum Rabii Oulfa - Casablanca  
Tél.: 05 22 93 20 26



- (1) Sotriptilin \* : 20 mg  
03 comprimés  
en PV
- (2) - Icombin \* :  
0 comprimé
- poids : 0,5 g  
A jeun



**L**  
Litho Typo

**Formule :**

Prednisolone ..... 20 mg (sous forme de métasulfobénozoate sodique)

Excipients ..... q.s.p. 1 comprimé effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total quatre cents milligrammes de prednisolone (sous forme de métasulfobénozoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications, contre indications, excipients à effet notoire : voir notice.

PPV : 48DH50

PER : 09/24

LOT : K2543

bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

# Cotipred®

prednisolone

(métasulfobénozoate sodique)

20 mg

20 comprimés effervescents sécables

Cotipred® 20 mg  
prednisolone  
20 comprimés effervescents sécables

6 118 000 04 1016

AMM n°: 306 DMP/21/NCdP

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

09/19  
100165

20 mg

pradisolone

Cotipred®

كوتيرد®

براديزلون

(ميتاسلفوبينزوات صوديك)

20 ملخ

20 فرضا فوارا  
قابل للكسر

Date : ..... / ..... / .....

## Ordonnance

Casa, le mardi 26 octobre 2021

EL HAMDOUCHI Mohammed

**-ECHOGRAPHIE OCULAIRE**





# INTERNATIONAL clinic

## FACTURE

N°: C6169/2021

Patient	Médecin traitant	Date de consultation
M. EL HAMDOUCHI Mohammed	BAKJAJI Majed	26/10/2021
Assurance	P.C. N°	
AUCUNE		

LIBELLE	Qté	Prix U.	Montant
Echographie (BAKJAJI Majed)	1	500,00	500,00
<b>Montant Total</b>	<b>500,00 Dhs</b>		
<b>Arrêté la présente facture à la somme de :</b>			
<b>CINQ CENT DIRHAMS ET ZERO CENTIMES</b>			



Édité le : 26/10/2021 à 12:41

Par : rouchdi





01/11/2021

Compte rendu d'échographie oculaire

**Mr EL HAMDOUCHI MOHAMMED**

L'examen d'échographie oculaire des différents champs montre :

**10MHz**

**OG -**

- cristallin échogène .
- Vitré transonore.
- Décollement de rétine inférieur .

