

# **MANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**

...ent doit être dûment renseigné.

...au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

...de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

...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 :**

Ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **Education :**

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.

## **Prothèses :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

Facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

Radiologie après soins est obligatoire, en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## **et Affection Longue Durée ALD et ALC :**

Déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6

## **Adresses Mails utiles**

Information : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)

En charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

Garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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](http://www.mupras.com)



## **Déclaration de Maladie**

N° M21- 0059243

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 2525

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ZOUMI ABDELKRIM

Date de naissance : 15/06/1948

Adresse : 27 RUE IBRAHIM KATTANE APM

2° 1° 51° 7AARIE CASA

Tél. 0658903321

Total des frais engagés : 1218 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/12/2021

Nom et prénom du malade : SADAVI KHADIGA

Age : 48 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : THROMBOSE VEINEUSE + GOUT

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 : CASABLANCA

Le : 9/2/2022

Signature de l'adhérent(e) :



# 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 Paiement des Actes
24/12/2021	ca			
09/02/2022	ca			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Mme BENNIS Zineb PHARMACIE YACCOUB EL MANSOUR 83 - 65 Bd Yacoub El Mansour Tél: 05 22 25 62 04 - Casablanca	24/12/2021	848,00
Mme BENNIS Zineb PHARMACIE YACCOUB EL MANSOUR 83 - 65 Bd Yacoub El Mansour Tél: 05 22 25 62 04 - Casablanca	09/02/2022	370,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

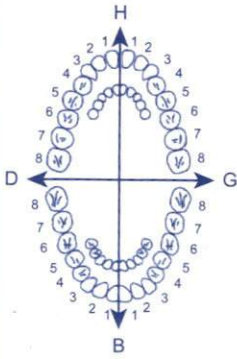
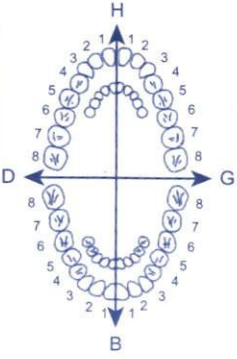
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

**Dr. Mehdi BENJELLOUN**

**Spécialiste des maladies  
du coeur et des vaisseaux**



**الدكتور مهدي بنجلون**  
**إختصاصي في أمراض القلب**  
**والشرايين**

Casablanca, le : .....08/02/2022.....

Nom et Prénom : .....

**SADAWI Khadija**

370,00  
**REXABAN 20**

*1 comprimé le matin, pendant 1 mois*



**Mme BENNIS Zineb**  
**PHARMACIE YACOUB EL MANSOUR**  
83 - 65 Bd Yacoub El Mansour  
Tél.: 05 22 25 52 04 - Casablanca

الدكتور مهدي بنجلون  
CARDIOLOGUE  
Rue 2, N° 61 - 1er Etage - El Oulfa  
Tél: 05 22 91 07 62 - 0604.72.39.14  
INPE: 51175013

# Rexaban®

Rivaroxaban

20 mg

28  
Comprimés pelliculés



LOT 21C051

EXP 09/23

PPV 370DH00

Voie Orale



**Dr. Mehdi BENJELLOUN**

**Spécialiste des maladies  
du coeur et des vaisseaux**



**الدكتور مهدي بنجلون**  
**إختصاصي في أمراض القلب**  
**والشرايين**

Casablanca, le : .....24/12/2021.....

Nom et Prénom : .....

**SADAWI Khadija**

**REXABAN 15**

1 comprimé, matin et soir, pendant 2 mois



**Mme BENNIS Zineb**  
**PHARMACIE YACOUB EL MANSOUR**  
83 - 85 Bd Yacoub El Mansour  
Tél.: 05 22 25 52 04 - Casablanca

الطبيب مهدي بنجلون  
Dr. Mehdi Benjelloun  
Rue 2 N°61 - 1er Etage - EL Oulfa - Casablanca  
Tél: 05 22 25 52 04 - 0604.72.39.14  
E-mail: drmehdibenjelloun@gmail.com



Rexaban® 15 mg  
42 comprimés pelliculés

15 ملغ

42

42 قرصا مغلفا

عن طريق الفم

ريسابان®  
ريتاووكسيبان



498,00



Rexaban® 15 mg  
28 comprimés pelliculés

15 ملغ

28

28 حبة ملية

عن طريق الفم

ريسابان®  
ريثاروكسابان



الفرج - دواء  
AL-FARAJ PHARMACY

350,00