

# 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.

11-265

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <b>12990</b>	Société : <b>RAM</b>	<input type="checkbox"/> Autres
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>BIRECH MOHAMMED YASSINE</b>		
Date de naissance : <b>28/09/1983</b>		
Adresse : <b>REG NEXT HOUSE VILLA 55 DAK BCUAZZA - CASA</b>		
Tél. : <b>0669 79 75 42</b>		Total des frais engagés : <b>981,00</b> Dhs

**Autorisation CNDP N° : AA-215/2019**

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : <b>Dr. Z. BARGACH</b> <b>Neurochirurgienne</b> <b>Capitole Office Center, 03 Bd Abdelmoumen</b> <b>3eme étage, N°75 - Casablanca</b> <b>INPE: 091263335</b>	
Date de consultation : <b>22/03/22</b>	Age:
Nom et prénom du malade	
<b>hernie discale lombaire</b>	
<input type="checkbox"/> Lien de parenté	<input type="checkbox"/> Lui-même
<input type="checkbox"/> Conjoint	
<input type="checkbox"/> 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 : **Casa** Le : **27/03/2022**  
Signature de l'adhérent(e) : **Jas**

**VOLET ADHERENT**

## 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
28/03/22			300 DH	INP : ..... <b>Dr. Z. BARGACH</b> Neurochirurgienne Capital Office Center, 93 Bd Abdelmoumen 3ème étage, 175 - Casablanca

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien <b>PHARMACIE DAR EL KENZ</b>	Date	Montant de la Facture
DR. BIDDA Raïda Résidence Dar El Kenz 101-1 Imm E2 - DAR BOUAZZA Tél : 05 20 13 28 69 INPE : 092104645 Tél : 05 20 13 28 69 INPE : 092104645	22/3/22	635,00
DR. BIDDA Raïda Résidence Dar El Kenz 101-1 Imm E2 - DAR BOUAZZA Tél : 05 20 13 28 69 INPE : 092104645 Tél : 05 20 13 28 69 INPE : 092104645	22/3/22	461,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		$  \begin{array}{r l}  H & 25533412 \quad 21433552 \\  \hline  D & 00000000 \quad 00000000 \\  & 00000000 \quad 00000000 \\  & 35533411 \quad 11433553 \\  \hline  B &   \end{array}  $ <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel: Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
					<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

ORDONNANCE

Casablanca, le

22/03/22

Mr Mohammed Yassine Birech

① Mobic 7,5

1-0-1 pdt 5 jours

AS

Mobic® 7,5 mg  
meloxicam  
14 comprimés



SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubier bnoi el aouam' joches  
noires casablanca  
INEXIUM

20 mg Cpr GR  
Boite 14  
640150MF/21NRQ P.P.V: 82.10 DH  
6 118000 020591

② Inexium 20

1-0-0 pdt 5 jours

AS

③ Codoliprane

1-1-1 pdt 7 jours

AS

PHARMAC  
DR. BIL  
Résidence Da  
101-1 Imm.  
Tél. 03 28 23 28  
Codoliprane®  
Paracétamol 400 mg  
Phosphate de codeine 20 m  
16 COMPRIMES SECALES



④ Relaxol

AS

RELAXOL 500MG/2MC  
CP B20  
P.P.V: 53DH10  
LOT: 21E012  
PER: 09/2024  
6 118000 060833

1-1-1 pdt 5 jours

⑤ Vitanémil

AS

Jr. Z.  
Neuro  
Capital Office Center  
3ème étage  
INP: 091

⑥ Artiflex 1200 x 31J. 100 New Res

AS

VITANEVRIL® FORT 100 mg 

30 comprimés pelliculés



VITANEVRIL® FORT 100 mg 

30 comprimés pelliculés



VITANEVRIL® FORT 100 mg 

30 comprimés pelliculés



VITANEVRIL® FORT 100 mg 

30 comprimés pelliculés



VITANEVRIL® FORT 100 mg 

30 comprimés pelliculés



25x3x79  
5

25x3x79  
5

25x3x79  
1

25x3x79  
5

25x3x79  
8

25x3x79  
8

VITANEVRIL® FORT 100 mg 

30 comprimés pelliculés



VITANEVRIL® FORT 100 mg 

30 comprimés pelliculés



VITANEVRIL® FORT 100 mg 

30 comprimés pelliculés



VITANEVRIL® FORT 100 mg 

30 comprimés pelliculés



VITANEVRIL® FORT 100 mg 

30 comprimés pelliculés



VITANEVRIL® FORT 100 mg 

30 comprimés pelliculés



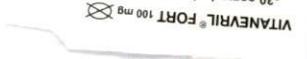
6 118000 180593

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

30 comprimés pelliculés



25x34x79  
8

25x34x79  
10

25x34x79  
6

25x34x79  
10

12

25x34x79  
10

25x34x79  
8

25x34x79  
8

**Dr Z. BARGACH**

Neurochirurgienne

**دكتورة بركاش**

جراحة الدماغ والعمود الفقري

**ORDONNANCE**

Casablanca, le

22/03/22

Mr Mohammed Yassine Birech

Bétadine moussante

4418



**PHARMACIE DAR EL KENZ**  
**DR. BIDDA Rajaa**  
Résidence Dar El Kenz  
101-1 Imm E2 - DAR BOUAZZA  
Tél : 05 20 13 28 69  
INPE: 0921046205

📍 Capital Office Center, Angle Bd. Abdelmoumen et rue Arrachati, escalier 1,  
3ème étage, N° 75 - Casablanca ☎ 05 22 27 70 07 - Urgences : 06 07 00 79 99

✉ cabinet.dr bargach@gmail.com