

## 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.

**MUPRAS** :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)

112185  
112185

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1846

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RHIAZOUANI BOUHANNED EL DAHEQUD

Date de naissance :

07-10-56

Adresse : RUES ANDALOUSSIA INN 83 APT 8 CASA

Tél. : 06 61 46 26 19

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*DR RENATONI 92010 - CASABLANCA  
30, RUE DE LA CHAPELLE  
Casablanca, Maroc  
Tél: 05 22 25 88 62 / Fax: 05 22 28 90*

Date de consultation : 02/04/2022

Nom et prénom du malade : RHIAZOUANI BOUHANNED EL DAHEQUD

Age : 66

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Appétit normal Digestive

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 : 02/04/2022

Le : 02/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :



EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/04/2022	367,00

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
				<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>												
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b>          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>												

Dr. Souad BENABDALLAH ép.LAZRAK

Gastro-entérologue  
Spécialiste  
des Maladies de l'Appareil Digestif  
(Foie. Vésicule. Pancréas. Estomac. Intestins.  
Hémorroïdes)

Endoscopie digestive  
Echographie abdominale

Ex. Gastro Entérologue au CHU Avicenne Rabat  
et à l'Hôpital Ben Msik Sidi Othmane - Casablanca



الدكتورة سعاد بنعبد الله الازرق

اختصاصية في:  
أمراض الجهاز الهضمي  
(الكبد، المطردة، المعدة، الأمعاء، البواسير)

الكشف الداخلي للجهاز الهضمي  
الفحص بالصدى

طبيبة سابقا بقسم امراض الجهاز الهضمي  
بمستشفى بن مسيك سيدي عثمان - الدار البيضاء  
وبحستشفى السوسيي بالرباط

Casablanca, le : 2104122 الدار البيضاء في

92 R�azouan. Mohamed  
58,30 Malouf  
1) Megasfen 160 mg 56 gélules  
140,00 Dsp x 31ج LOT 5423  
2) Oedes 20mg 56 gélules  
46,90 55 ج LOT 201799  
3) Anticarbine 46.90 DH SO THEMA  
46,00 24p x 31ج apr. les  
4) Digestine 46,00 30 gélules  
18g x 21ج % le au

Megasfen 160 mg  
Boîte de 56 comprimés



6 118000 094937

OEDES 20mg  
56 gélules  
LOT 201799  
PER 05-2023  
PPV: 140,00DH



6 118000 082021

ACTICARBINE 70 MG Comp. (84)  
PPV 46.90 DH SO THEMA  
6 118001 070015



LOT 211907  
EXP 07 2026  
PPV 46.00

Digestine  
30 gélules  
Remboursable AMG  
6 118000 020684



12

Résidence Bensaid - 30, Rue du Marché, 2ème étage -  
الثاني - المعاريف - الدار البيضاء (امام مركز بن عمر)

Tel : 05 22 25.88.62 / 0522.98.90.

⇒ Biofar Multi-vitamine

Sept.

76,50



Lot N° / A consommer de préférence avant fin :  
Batch N°/Best before end of:

رقم المفعفه / يستهلك قبل :

LOT 1216/14

EXP 07-2024



3 760049 895186

Poids net :  
Net weight:  
الوزن الصافي:

90g



TEL: 03...

388671/0522-98.90.12  
Sonad  
Ahmed  
El  
Bla  
Archy  
Prestif  
CP Bte 20



IT = 367,20

Mme. Aïcha EL QABANI BILAL  
Praticien en Santé mentale  
47, Boulevard de l'Algérie  
Tél : 0522 25 09 78 - Casablanca