

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0017127 **39301**

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **4598** Société : **RAM**

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : **EL MOUDDEN HASSAN**

Date de naissance : **25/12/1960**

Adresse : **BLOU "E" NIS Dirana**

Tél. : **0664315278** Total des frais engagés : **148,03** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **goutte**

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....

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 : **Durana** Le : **22/11/2022**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
16/11/2022			550 DH	Dr Abdenbi ZAHAR Chirurgien Orthopédiste & Traumatologue 336, Bd Driss El Harti Sabata Casablanca Tél: 05 22 55 56 56

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

16/11/22

198.30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

16/11/2022

200 DH

Dr Abdenbi ZAHAR  
Chirurgien Orthopédiste  
& Traumatologue  
336, Bd Driss El Harti Sabata  
Casablanca  
Tél: 05 22 55 56 56

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

AM      PC      IM      IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

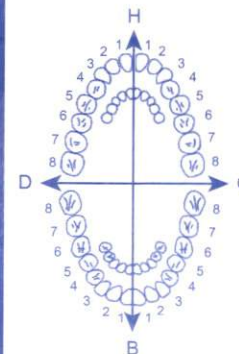
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées      Nature des Soins      Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

[Création, remont, adjonction]

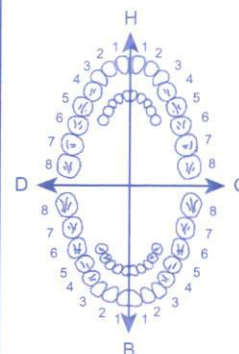
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



EL MowDEN  
Hassam

Casablanca, le : 18/11/2022

2/ Sotalgic cp

$$\frac{1}{N} \sum_{i=1}^N \frac{1}{\sigma_i^2}$$

2, Aflamit, Tug

19/1: بلد القنار

3, Raciper long

29/11/20

4. Neigefühl Warm

1999

5) vitaminul fat

336, شارع إدريس الحارثي (شارع الشجر) - سباتة - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 55 56 56  
336, Bd Driss ELHARTI (Charie Chjar) - Sbata - Casablanca  
Tél : 05 22 55 56 56 - E-mail : azahar17@hotmail.com

میلوکسیکام

عاب

LOT: M0726  
PER: 03/2024  
PPV: 50.00DH

7 64012 ISOPHARM  
NEWFLEX GEL  
CHAUFFANT

89.50 dhs



10/25

LOT

MFD

PPV

LOT

PER

28,80



LOT : 211105  
EXP : 10/2023  
PPV : 30,00 DH



Dr. ZAHAR ABDENBI

الدكتور زهر عبد النبي

Spécialiste en Chirurgie Traumatologique  
et Orthopédique

إختصاصي في طب و جراحة العظام  
و المفاصل



Casablanca, le: 26/11/2020 : الدار البيضاء في

## NOTE DE FRAIS

Nom /Prénom du patient: EL Moudani Nassim

— Consulation (C2): 250,00Dh

— Radiographie: 200,00Dh

genou Dt (F+I)

**Total: 450,00Dh**

Arrêtée la présente facture à la somme de:  
Quatre cent Cinquante Dirhams

**Dr. Abdenbi ZAHAR**  
Chirurgien Orthopédiste  
& Traumatologue  
336, Bd Driss El HARTI Sebata  
Casablanca  
Tél : 05 22 55 56 56

336, شارع إدريس الحارثي (شارع شجر) - سباتة - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 55 56 56  
336, Bd Driss ELHARTI (Charie Chjar) - sbata - Casablanca - Tél.Cabinet : 05 22 55 56 56  
E-mail : azahar17@hotmail.com

**DR. ZAHAR ABDENBI**

*Spécialiste en Chirurgie Traumatologique  
et Orthopédique*



**الدكتور زهر عبد النبي**

**إختصاصي في جراحة العظام  
و المفاصل**

Casablanca, le : 26/11/2022 : الدار البيضاء في :

**COMPTE RENDU RADIOGRAPHIE**

**Nom/Prénom du patient :** EL MAO OUDEN Hossou

**Incidences radiographiques :**

Rx genou droit

**Indication :**

gonalgies

**Compte rendu radiographique :**

gonarthrose avancée du genou droit  
- Lincement de l'IL  
- ostéophytes

**Dr. Abdenbi ZAHAR**  
Chirurgien Orthopédiste  
& Traumatologue  
336, Bd Driss ELHARTI - Sbata  
Casablanca  
Tél : 05 22 55 56 56

336, شارع إدريس الحارثي (شارع شجر) - سباتة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 55 56 56  
336, Bd Driss ELHARTI (Charie Chjar) - Sbata - Casablanca - Tél. Cabinet : 05 22 55 56 56

E-mail : azahar17@hotmail.com