

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Matricule : 4916

Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)

Autre :

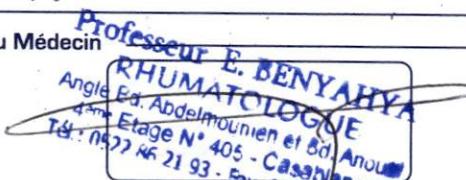
Nom & Prénom : JEMEL BOUCHAIB

Date de naissance :

Adresse : m.b. bouchaib

Tél. : 06 87 14 13 98 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Jemel BOUCHAIB Age :

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Affection Rhumatologie

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 : 05 22 20 45 45

Le : 18/12/2011

Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin effectuant le Paiement des Actes
15/12/22	C3		1.00 DH	<p style="text-align: center;"><b>RHUMATOLOGUE</b></p> <p>Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anouar 4<sup>eme</sup> Etage N° 405 - Casablanca Tél.: 0522 86 21 93 - Fax: 0522 86 81 75</p>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMERIA EL OUMOURA 244 lotissement el wafa Deroua Fix : 05.22.53.22	AS-12-2021	ARMERIA EL OUMOURA 244 lotissement el wafa Deroua Fix : 05.22.53.20.54

#### **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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.

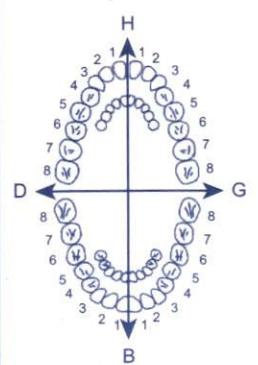
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**



**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur BENYAHYA Elouarda

Rhumatologue

Ex-enseignante à la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca

Spécialiste des maladies des os,  
des articulations et de la colonne vertébrale

Echographie Ostéoarticulaire

Mésothérapie



الدكتورة بنحيي الوردة

أستاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة  
بالدار البيضاء

أخصائية في أمراض المفاصل  
والعظام و العمود الفقري

الفحص بالصدى للمفاصل

الميزوثيرابيا

Casablanca, le : 15 DEC 2022 الدار البيضاء في :

Nom, Prénom : Jemel Bouachra

ج ٢٠٢١

١٥) Esc 400g

٢٠) Mgf ( ) à ~~jeu~~

X 3 Mois

٢٠) CofançyleSue

02-02-00

X 05f  
X 10f

٢٠) 02-01-00

X 20f

٢٠) 02-00-00

X 20f

٢٠) 1cp/jtg X

2 Mois

19.6.0

30g Dure forte

MBI Mo **1's** 03 for

2x 39,10  
40)

Nomix 150

17.06

1gel/ Soinie **1's** x 04 See

30g

Dermo val.

038,00

clapp tour **1's** x 2 See

CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30  
P.P.V.: 22DH80  
LOT : 22E004  
PER.: 05 2025  
6 118000 060345

116,00 226,00

LOT 224628  
EXP 10/25  
PPV 39DH50

50  
ل.

CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30  
P.P.V.: 22DH80  
LOT : 22E004  
PER.: 05 2025  
6 118000 060345

LOT 224377  
EXP 06/25  
PPV 39DH50

PPV: 49,60  
LOT: 22H22  
EXP: 08/20

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 17,40 DH  
6 118000 161295

CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30  
P.P.V.: 22DH80  
LOT : 22E004  
PER.: 05 2025  
6 118000 060345

CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30  
P.P.V.: 22DH80  
LOT : 22E004  
PER.: 05 2025  
6 118000 060345

CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30  
P.P.V.: 22DH80  
LOT : 22E004  
PER.: 05 2025  
6 118000 060345

CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30  
P.P.V.: 22DH80  
LOT : 22E004  
PER.: 05 2025  
6 118000 060345