

# 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

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

M22- № 004197

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1933

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL MAZYARI Mustapha

Date de naissance : 19/04/1952

Adresse : 605 FATEH N=21

City : Casab

Tél. : 0661106716

Total des frais engagés : 8603 Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. Noureddine ELMGHABBAR**  
**MEDECIN DIRECTEUR**  
15, Rue Pasquier Bd. Abdelmoumen  
Tél: 05 22 99 43 79/80 - Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/10/2022

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : infarctus

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 : Casab

Le : 10/01/2023

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
31/10/22	C2		300,00DH	<b>Dr. Nourredine EL MOURABAR</b> <b>MEDECIN DIRECTEUR</b> <b>15, Rue Pasquier Bd. Abdelmoumen</b> <b>Tél: 05 22 99 43 79/80 - Casablanca</b>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Ma Pharmacie</b> 30 Bis, Fath II Sidi Maârouf CASABLANCA Tél: 05 22 78 62 05	31/10/2022	<b>Ma Pharmacie</b> 30 Bis, Fath II Sidi Maârouf CASABLANCA Tél: 05 22 78 62 05

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

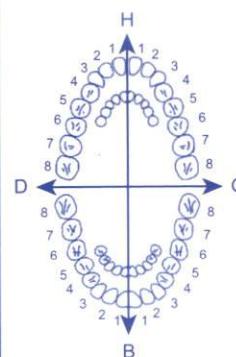
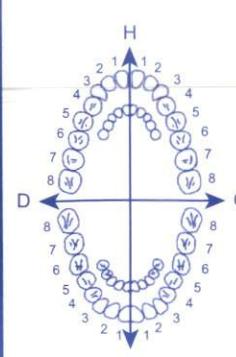
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 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			Coefficient DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
D	00000000		G	
B	00000000			
				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

# Doctor Noureddine ELMGHABBAR

## NEPHROLOGUE

Titulaire du C.E.S

Diplômé de l'Université de Lyon

Ex : Attaché au C.H.U de Lyon

Chef de service à la Polyclinique CNSS



090001181



الدكتور نور الدين المغبار

اختصاصي في أمراض الكلى

الكلية الإقطاعية

خريج جامعة ليون

سابقاً: ملحق بالمستشفى الجامعي بليون

رئيس قسم أمراض الكلية بمصحة ص وض ج

Casabianca, le 31/10/2008

N° SKALI Lahdi Ruyan.

Traitement malade

3 mois

(N° 100,00 x 4) - I n r e l x 5 0 1.5

(N° 7,70 x 3) - C a l c i u m . 1.5

(N° 50,00 x 6) - N E C O R T O N 2000 1.5

1.5 in SIC x 7 1.5

L di - mercredi - Vend

120,00

120,00

120,00

120,00

Ma Pharmacie  
30 Bis, Fath Sidi Maârouf  
CASABLANCA  
Tel : 05 22 78 62 05

Ma Pharmacie  
30 Bis, Fath Sidi Maârouf  
CASABLANCA  
Tel : 05 22 78 62 05

CENTRE D'HEMODIALYSE LE PLATEAU

15, Rue Pasquier, Bd Abdelmoumen, Casablanca • Patente : 34712911 • CNSS : 2593508 • I.F. : 42202641  
ICE : 001634861000058 • Tél.: 0522 99 43 79/80 • Fax: 0522 23 47 32 • E-mail : c.leplateau@gmail.com

6 118001 040049

Fabriquant :  
HERMES PHARMA GmbH  
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG  
AUTRICHE  
BOTTU SA PPV : 107 DH 70

6 118001 040049

Fabriquant :  
HERMES PHARMA GmbH  
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG  
AUTRICHE  
BOTTU SA PPV : 107 DH 70

Distribué par Roche S.A.  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
RECOMMON 2 000 UI/0,3 ml 6 PFS  
P.P.V. : 1 250,00 DH

6 118001 050352

Distribué par Roche S.A.  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
RECOMMON 2 000 UI/0,3 ml 6 PFS  
P.P.V. : 1 250,00 DH

6 118001 050352

Distribué par Roche S.A.  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
RECOMMON 2 000 UI/0,3 ml 6 PFS  
P.P.V. : 1 250,00 DH

6 118001 050352

Distribué par Roche S.A.  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
RECOMMON 2 000 UI/0,3 ml 6 PFS  
P.P.V. : 1 250,00 DH

6 118001 050352

Distribué par Roche S.A.  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
RECOMMON 2 000 UI/0,3 ml 6 PFS  
P.P.V. : 1 250,00 DH

6 118001 050352

Distribué par Roche S.A.  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
RECOMMON 2 000 UI/0,3 ml 6 PFS  
P.P.V. : 1 250,00 DH

6 118001 050352

6 118001 040049

Fabriquant :  
HERMES PHARMA GmbH  
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG  
AUTRICHE  
BOTTU SA PPV : 107 DH 70