

# 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

'amation : contact@mupras.com  
n charge : pec@mupras.com  
et changement de statut : adhesion@mupras.com

respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

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- 0051949

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 596

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HACHAD Fouzia

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661396163

Total des frais engagés :

14.51,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Abdelilah SAMI  
Professeur de Neurochirurgie  
44, rue des Agoutaux (face aux urgences  
Ibn Rochd Montaza) - Casablanca  
Tél. : 05 22 22 22 42

Date de consultation : 08/02/2023

Nom et prénom du malade : EL HACHAD Fouzia Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Névraxie

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC  ADL  Professeur de Neurochirurgie  
44, rue des Agoutaux (face aux urgences  
Ibn Rochd Montaza) - Casablanca  
Tél. : 05 22 22 22 42

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.

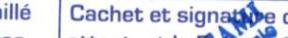
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 08/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
8.2.23	2		3000 W	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>HARMACIE DU LYCEE</b> <b>CASA - SARL AU</b> <b>bis rue de la Réunion - Casablanca</b> <b>TIN: 105-27-2947 67</b> <b>105-00-200000000047</b>	8/03/2023	101,50
<b>PHARMACIE DU LYCEE</b> <b>092022060</b>		

## **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

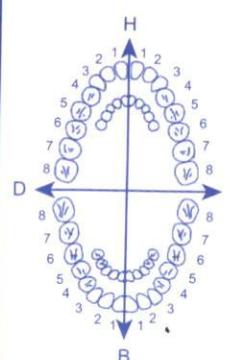
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



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

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

<p><b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b></p>	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>H</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>B</b></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<b>H</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	<b>G</b>	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		<b>B</b>		<p><b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/></p> <p><b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/></p> <p><b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/></p> <p><b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/></p>
<b>H</b>																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
D	<b>G</b>																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
<b>B</b>																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Tegretol® 200 mg

50 comprimés sécables



Tegretol®

LOT : M22084  
PPV : 51,30 DH  
EXP : AVR 2025



PPV : 80,25 DH  
PER : 10/25  
LOT : L3391

6 118001 030019

Fac  
Occ

08.02.2023

الدار البيضاء، في

Mme EL HACHAD Fouzia

51,30 x 5

1 TEGRETOL 200 mg cp séc : E/50



PPV : 51,30 DH  
EXP : AVR 2025  
LOT : M22132

ج51,30 x 5  
1 comprimé le matin, 1/2 à midi, 1 le soir, pendant 3 mois.

2 LIORÉSAL 10 MG

ج26,00 x 3

3 CILENTRA



6 118001 030231  
PPV : 105.80 DH

● LIORESAL® 10 mg  
Boîte de 50 comprimés

86,40  
1 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois.



4 DOLICOX 90MG

ج69,04  
1 comprimé à midi, après le repas, pendant 21 jours.



6 118001 030231  
PPV : 105.80 DH

● LIORESAL® 10 mg  
Boîte de 50 comprimés

5 DOLIPRANE COMPRIME SIMPLE 1000 MG

1 comprimé le matin, à midi, le soir et au coucher. SI DOULEUR

Professeur Abdelilah SAMI

T: 1101,50

PHARMACIE DU LYCEE  
092022060

PHARMACIE DU LYCEE  
CASA - SARD AU  
8, bis rue de la Réunion - Casablanca

44, rue des hôpitaux, Casablanca (face aux Urgences Ibn Rochd Morizgo) (ابن رشد موريزو)  
Tél : 05 22 22 22 42 GSM : 06 23 77 96 11  
E-mail : samiabdellah@yahoo.fr

Docteur Abdelilah SAMI!  
Professeur de Neurochirurgie  
44, Rue des Hôpitaux - Casablanca  
Tél: 05 22 22 22 42  
INPE: 091032

PPV : 86DH4  
PER : 10/25  
LOT : L3390-2



الهاتف : 05 22 22 22 42 - المحمول : 06 23 77 96 11

البريد الإلكتروني : samiabdellah@yahoo.fr

Médicament Autorisé N°: 391/12DMP/Z

PPV: 126 DH 00

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
احترم الجرعة المحددة  
TABLEAU A (Liste I)

Importé par:  
**SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC**  
169, Avenue Hassan 1<sup>er</sup>,  
20070 Casablanca.

Fabriqué par:  
**SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED**  
Inde

PPV: 126 DH 00

TICALS MOROCCO LLC  
n 1<sup>er</sup>.

JTICAL INDUSTRIES LIMITED

PPV: 126 DH 00

Médicament

RESPECT

LOT: M22084  
EXP: AVR 2025  
PPV: 51,30 DH