

# 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

- 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-418406

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <i>M116</i>	Société : <i>RAM</i>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>ACHMED Khahel</i>
Nom & Prénom : <i>ACHMED Khahel</i>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <i>060+666 60</i> Total des frais engagés : <i>1000</i> Dhs			
Docteur : <i>DR. MOHAMED FAKIR</i> 218, Av. de l'Ambassadeur Ben Abdellah Tél: 05 22 24 11 27 / 05 22 40 55 32			
Cadre réservé au Médecin Cachet du médecin : <i>09 SEP 2019</i>			
Date de consultation : <i>10/10/2019</i>			
Nom et prénom du malade : <i>ACHMED Khahel</i> Age : _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <i>Affection Dermatologique</i>			
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*

Signature de l'adhérent(e) : *ACHMED Khahel*

Le : *09/10/2019*

## 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
27.07.2019	C	1	DOCTEUR DEVOIS GRATUIT	INP : 091041694 218, Av. de l'ambassadeur Ben Ali Tunisie 1007 DU 25/07/2019 218, Av. de l'ambassadeur Ben Ali Tunisie 1007
25 AOUT 2019	C	1	400 DH	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE AL AHRAM</b> 106, Bd Makkad Iahrizi Hay El houda Cite Djemaa Casa - Tél : 05 22 57 88 98 <b>SEKKAT Rachid Dr. en Pharmacie</b>	26/08/19	456,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p style="text-align: right;">LABORATOIRE SOCIÉTÉ D'ANALYSES EL-FAROUQ Jamaa 7 Rue 14 N° 90 C.D. CASABLANCA TÉL: 02 94 44 81 - FAX: 02 94 44 81</p>	10/08/18	B 100	153DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### RELEVE DES FRAIS ET D'INORAIRES

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

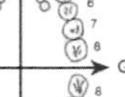
**Important :**

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

#### [Création, remont, adjonction]

	<p align="center"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	
	<p>DES SOINS</p>	
<p>DATE DU DEVIS</p>		
<p>DATE DE L'EXECUTION</p>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Victory Devico

Dermatologue

Membre de la société française de dermatologie

Centre Dermo - Laser

218, Av. Ambassadeur Ben Aïcha  
Tél. : 05 22 24 11 19 / 05 22 40 50 82  
Casablanca

Rachid Khalid



الدكتور فيكتوري دوفيكيو

أمراض الجلد

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجلد

مركز درمو-الليزر

شارع السفير بن عائشة

الهاتف: 05 22 40 50 82 / 05 22 24 11 19

الدار البيضاء

12 جانفي 2019

CV 10 S.V.

ج بوك

11 جمادى 2019

4 زانتول هكس ٥٤

3 كونكرن ٢٠٢٠ بوك ٠,١

١٠٢ لوكسون ٣٠

Docteur VICTORY DEVICO  
218, Av. de l'Ambassadeur Ben Aïcha  
Casablanca  
Tél: 05 22 24 11 19 / 05 22 40 50 82

PHARMACIE AL AHRAM  
106, Bd Mokdad Iabrizi  
Hay El-houda Cite Djemaa  
Casa - Tél: 05 22 57 88 98  
SEKKAT Rachid Dr. en Pharmacie

الميعاد: أيام الإثنين، الثلاثاء والخميس من التاسعة صباحا إلى الثانية عشرة، ومن الثانية إلى الثالثة بعد الظهر والجمعة صباحا من التاسعة صباحا إلى الثانية عشرة

Sur rendez-vous les Lundi - Mardi - Jeudi de 9h à 12h et de 14h à 15h, et Vendredi matin de 9h à 12h  
فتقى يوم الجمعة بعد الظهر وكل يوم الأربعاء والسبت  
Fermé le Vendredi après midi et les Mercredi et Samedi toute la journée

Docteur V. Devico

Dermatologue

Membre de la société française de dermatologie

Centre Dermo-Laser

218, Av. de l'Ambassadeur Ben Aïcha

Tél. : 05 22 24 11 19 / 05 22 40 50 82

Casablanca

الدكتور ف دوفيتو

أمراض الجلد

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجلد

مركز درمو. الليزر

شارع السفير بن عائشة 218

الهاتف : 05 22 40 50 82 / 05 22 24 11 19

الدار البيضاء

10 Sept 2019 VICO

Dermatologue

218, Av. de l'Ambassadeur Ben Aïcha

- Casablanca -

Tél: 05 22 24 11 19 / 05 22 40 50 82

R. CHID  
Khefia

Transcription

Docteur V. DEVICO

DERMATOLOGUE

218, Av. de l'Ambassadeur Ben Aïcha

- Casablanca -

Tél: 05 22 24 11 19 / 05 22 40 50 82

Centre Dermo-Laser  
Tél: 05 22 24 11 19 / 05 22 40 50 82  
Jemila 7 Rue 14 N° 92 C.D.  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 24 11 19 / 05 22 40 50 82

# **LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES EL FIRDAOUS**

**BIOCHIMIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE**

**Jamila 7, Rue 14, N°90 Cité Djemaâ 20450 -Casablanca (04).**

**Tél : 0522 57 64 21 – Fax : 0522 55 33 42**

## **Dr Souad EL HAIMER**

Médecin Spécialiste en Biologie Médicale

Lauréat de l'Université Hassan II -Faculté de Médecine de Casablanca

**Date du prélèvement** : 10-08-2019 à 11:06

**Code patient** : 1908100011

**Né(e) le** : 01-01-1976 (43 ans)

**Mr RCHID Khalid**

Dossier N° : 1908100011

Prescripteur : Dr devico v



## **BIOCHIMIE SANGUINE**

Transaminases GOT (ASAT) 28 UI/L (0-45)

Transaminases TGP (ALAT) 33 UI/L (0-49)

Validé par : Dr. Souad EL HAIMER

Laboratoire d'Analyses  
EL FIRDAOUS  
Jamila 7 Rue 14  
CASABLANCA  
Tél : 0522 57 64 21