

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iologie 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.

## **ique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **taire :**

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.

## **adie 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **10527** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **MAJID ADEL**

Date de naissance : **16/01/1970**

Adresse : **64, Rue Dejla CASA 01**

Tél. : **06 70 56 56 72** Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

**Dr. Mohamed BEN OUAÏ**

**Spécialiste**

Gynécologue - Accoucheur

15, Rue Allal Ben Abdellah Résidence Saida Dahr Bourgogne

TéléFax : 05 22 77 59 - GSM : 05 69 13 98 68

Date de consultation : **16/09/2019**

Nom et prénom du malade : **ATIF A.MAL** Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **grumeau pathologique**

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.

**24 OCT. 2019**

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : **Accueil site/nam**

# 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
16/09/19	CS	6	200	DR M. LEMSKIFFER Malak

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LES IRISSES Dr. LEMSKIFFER Malak 164, Boulevard d'Anfa (Angle Rue Molière) Tel. : 05 22 36 74 70	14.6.89	9.1.6

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de

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

**Docteur Mohamed BENSCRI**

Spécialiste

Gynécologue - Accoucheur

Chirurgie gynécologique et cancérologique

Chirurgie endoscopique

Maladies des seins et traitement de la  
ménopause

Echographie et Diagnostic Prénatal

Sérilité et fécondation in vitro

15, Rue Abou Elabbas résidence Saïda BADR  
Bourgogne Casablanca - TÉL/Fax : 05 22 22 77 59  
URGENCE - GSM : 06 63 05 06 68

الدكتور محمد بن سكري

اختصاصي

أمراض النساء والتوليد

الجراحة بالمنظار الباطني

العمق والإخصاب الصناعي

أمراض الثدي - الفحص بالصدى

15، زنقة أبو العباس إقامة سعيدة بدر

بوركون - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 22 77 59

**ORDONNANCE 16.09.2019**

7<sup>u</sup> ATIF AMAL

✓ 70

CELESTE NÉ à Bady

2x65,80 / 12 mg à repecter dans  
9160 24h

LUMINAILIE LES IRISSES S.A.R.L.  
34, Bd d'Agia Afrika RUE  
Moléro-Casablanca  
Professionnel 3552193  
Tunisie

Dr Docteur Mohamed BENSCRI  
Spécialiste  
Gynécologue - Accoucheur  
15 Rue Abou Elabbas résidence Saïda BADR  
Bourgogne  
GSM : 06 63 05 06 68

Ancien médecin attaché au CHU de POITIERS

Ancien médecin attaché au CHU de SAINTES

Ancien médecin attaché au CHU d'ANGERS

Ancien interne aux hôpitaux de PARIS

Ancien médecin chef à la CNSS

# Célestène® 4 mg/1 ml

solution injectable

4 mg/1 ml

3 ampoules

3 ampoules  
4 mg/1 ml



CELESTENE®  
+ GROSSESSE  
= DANGER

Ne pas utiliser chez  
la femme enceinte,  
sauf en l'absence  
d'alternative  
thérapeutique

CELESTENE® 4 mg/1 ml solution injectable

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Lot  
EXP

X03112  
01/2021



611 800115 008 3  
CELESTENE 4mg / 1ml 3 Amp.Inj.  
P.P.V. : 45,80 DH  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouekoura



B.P. 136 Bouekoura  
Distribué par MSD Maroc  
CELESTENE 4mg / 1ml 3 Amp.Inj.  
611 800115 008 3

X03112  
01/2021