

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-504419

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>22925</b>			
Matricule :	4151	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BOUKDOUR Brahim
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0663471851	Total des frais engagés :	2640,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin	<b>Docteur Abdellah EL MADI</b> MEDECINE GENERALE Diplômé en Echographie Générale 153, Rue 25, Bd. Panoramique Bine Lamdoune - Casablanca Tél.: 0522.21.11.12 - Autorisation N° 4994		
Cachet du médecin :	<b>INPE : 091057711</b>		
Date de consultation :	20 FEV 2020		
Nom et prénom du malade :	Dr. BOUKDOUR Brahim		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Diabète		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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 : CASA

Le : 20/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

**BOUKDOUR Brahim**

**ACCUEIL**

## **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
9.11.2020	2020	C	130.00	INP : INPE : 091057711 Dr Abdellah Kader EL MADI CHIRURGIE GÉNÉRALE Chirurgie Générale Chirurgie Plastique et Réparatrice

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Lazhar de Casablanca</i>	<i>20/09/2010</i>	<i>Lahor 40</i>

## **ANALYSES - RADIOPHGRAPHS**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
 <b>PARA ET DIABETE</b> <b>Roudani</b> <b>Dr. Ahmed Al Majjali Rés Les Alys</b> <b>MAG N°3 Maâanit - Casablanca</b>	21/12/20	—	Para medical			Mr 70,00	

## **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	INP : <input type="text"/>
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		H	G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		D	B		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
		<p>[Création, remont, adjonction]            Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

**Docteur Abdelkader EL MADI**

**MEDECINE GENERALE**

Diplômé en Echographie Générale  
de la Faculté de Médecine de Montpellier

✓ 30012 D001  
Casablanca le : 20-2-2021  
الدار البيضاء في 20-2-2021  
Boulevard  
Braslin

الدكتور عبد القادر الماضي

**الطب العام**

دبلوم الكشف بالصدى

خريج كلية الطب بمونبليي - فرنسا

الدار البيضاء في 20-2-2021

17 Lemmam  
N.S.

89cm d2 2961g em  
N.S. 17

Gencive 870  
N.S.

1520 d3 190 cm  
N.S. 17

N.S.

Diarrhoe 30g

89cm d2 112 cm 350 g  
N.S.

ESPACE YARA BI PANORAMIQUE  
16, Rue Ahmed Ben Majid Kettani  
MAG N° 3 Maârif - Casablanca  
20000  
Tél. 180+90.

mm. 100 cm 1 X

153, Rue 25 Bd. Panoramique Bine Lamdoune - Casablanca  
ش. بانوراميك 153 المدن - المحمدية  
Diplôme en Echographie Générale  
Binet Lamdoune 25, Bd. Panoramique  
الهاتف 052221112 - التسجيل 12  
Tél. 052221112 - Autorisation N° 4994 - ICE : 001778217000037  
Tél. 052221112 - Autorisation N° 4994

153, Rue 25 Bd. Panoramique Bine Lamdoune - Casablanca  
ش. بانوراميك 153 المدن - المحمدية  
Diplôme en Echographie Générale  
Binet Lamdoune 25, Bd. Panoramique  
الهاتف 052221112 - التسجيل 12  
Tél. 052221112 - Autorisation N° 4994

153, Rue 25 Bd. Panoramique Bine Lamdoune - Casablanca  
ش. بانوراميك 153 المدن - المحمدية  
Diplôme en Echographie Générale  
Binet Lamdoune 25, Bd. Panoramique  
الهاتف 052221112 - التسجيل 12  
Tél. 052221112 - Autorisation N° 4994

Tél : 05 22 21 11 12 - Autorisation N° 4994 - ICE : 001778217000037 / NPE : 091057711

-- LAPROPHAN --

PPV : 841DH00

-- LAPROPHAN --

PPV : 841DH00

LOT 190122  
EXP 01/2024  
PPV 45.20DH

**Respecter les doses prescrites**

احترم المقدار الموصى

Uniquement sur  
ordonnance/Liste II

يصرف فقط بموجب  
وصفة طبية/لائحة II

**Respecter les doses prescrites**

احترم المقدار الموصى

Uniquement sur  
ordonnance/Liste II

يصرف فقط بموجب  
وصفة طبية/لائحة II

LOT 190636  
EXP 03/2024  
PPV 45.20DH



**Zovirax® 5%**  
aciclovir

**crème**

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV 45.00 DH  
ID : 118001141548

Voie  
cutanée

gsk GlaxoSmithKline

**Zovirax® 5%**  
aciclovir

**crème**

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 45.00 DH  
ID : 608336  
6 118001141548

Voie  
cutanée

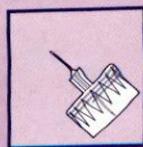
LOT 190636  
EXP 03/2024  
PPV 45.20DH



**BD Micro-Fine™ Plus**

BD Микро-Файн Глюос®

Agulhas para canetas  
Иглы для шприц-ручки  
одноразового использования  
Пен игле  
Голки для шприц-ручки  
Pen Needles  
ابر قلم الانسولين  
Aiguilles à stylos  
Pen igle  
Еккіш-қаламға  
арналған ине



5mm / 5MM  
0,25mm (31G) x 5mm

100

# ESPACE PARA ET DIABETE ROUDANI . SARL

client :  
BOUKDOUR BRAHIM

FACTURE	DATE
BD18/20	21/02/2020

Désignation	Qté	Prix Net	Total TTC
BANDELTTES B50	1	180,00	180,00
BANDELETTES B 25	1	90,00	90,00
AIGUILLES	2	200,00	200,00

ESPACE PARA ET DIABETE  
ROUDANI  
13 Rue Ahmed Al Majjati Résidence les Alpes, Maarif - Casablanca  
MAG N° Maârif, Casablanca

HT	T.V.A 20%	total
		470,00

13, Rue Ahmed Al Majjati, Résidence les Alpes, Maarif - Casablanca \_  
Tél : 0522 99 28 79 / 0666 78 74 02 / 0660 12 74 00

Patente : 35775341 - RC : 286381 - JE : 14451958