

## 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.

N° W19-458069

38790

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : \_\_\_\_\_ Société : \_\_\_\_\_

Actif       Pensionné(e)       Autre : \_\_\_\_\_

Nom & Prénom : **BEKKARI OMAR FAROUK**

Date de naissance : **20/03/1948**

Adresse : **311**

Tél. : \_\_\_\_\_ Total des frais engagés : **313,00 DHS**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **14/07/2020**

Nom et prénom du malade : **FAROUK OMAR BEKKARI** Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : **Leucémie myéloïde chronique**

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 la direction 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 : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Le : **0202 438 40**



### 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
14/07/2020	C	CS	300000	INP : 0611635749
				DR Moulay Ali Belghiti Chirurgie Générale

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية عرضة باني Pharmacie ARSET BANNI Dr. TAOUIK ALLAH MOHAMED 14 Min El Khayra Bouskri Bab Ghimat Marrakech Tel : 05 24 38 79 63	15/07/20	(00) 212 808 522 050 (00) 212 600 111 888 3103,00

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée. L'acte pratique 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'O.D.F

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

H	25533410	1 433550
	30000000	20100000
D	30000000	00000000
	35533411	11 433550
B		

[Création, remont, adjonction]  
fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# *Docteur Moulay Ali Belghiti*

Chirurgie générale-Médecine esthétique-Médecine régénérative

Diplômé de la Faculté de Médecine Saint-Antoine-Paris VI

N° d'inscription à l'ordre: 10726/11

Casablanca, le 14 juillet 2020

**Monsieur Omar Farouk Bekkari**

*466.00*  
**AVELOX 400 mg/250 ml:**

*419.00*  
1 perfusion pendant 48 h puis,

*2219.00*  
**AVELOX 400 : 1 cp par jour pendant 10 jours.**

**EPREX 4000 UI : 1 injection sous cutanée par semaine pendant 4 semaines.**

*3103.00*  
صيدلية عرضة بانسي  
Pharmacie ARSET BANNI  
Dr. IAOUFIK ALLAH MOHAMED  
13, Bd. Idriss El Khattabi, Bouskoura, Casablanca  
Maroc  
Tel: 05 24 38 79 93

*DR Moulay Ali Belghiti  
Chirurgie Générale  
(00) 212 308 522 050  
(00) 212 699 111 888*

---

36, rue Mamoun Mohamed. Quartier des Princesses.

Al Maarif. Casablanca.

Tél Fixe: 08 08 52 20 50

GSM: 06 00 11 18 88

Email: chrifmoulayali@hotmail.com



6 118001 090020

Bayer S.A.

7 comprimés pelliculés

Moxifloxacine

Avelox® 400mg

أقراص ملبدة

7

مضاد حيوي واسع الطيف

موكسيفلوكساسين

أفلوكس 400°

LOT : M0057  
EXP : MAR 2022  
PPV : 419,00 DH

250 / 400 مغ

محلول

للحقن عبر الـ

أفالوكوكس

موكسيفلوكساسين

دواء خاص للبالغين

AVELOX® IV 400 mg  
Solution pour perfusion Flacon de 250 ml

Moxifloxacin

P.P.V. : 465,00 DH

Bayer S.A.



6 118001 090044

قنية واحدة من فئة 250 مل

محلول للحقن عبر الوريد

- عنصر متعدد التغليف

- لا يباع بشكل منفصل

Lot  
Date de fab  
EXP

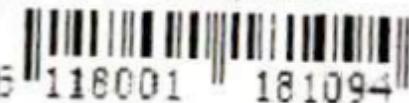
JIS4U01  
09 2019  
02 2021

# Eprex®

Epoétine alfa 10 000 UI/ml

Chaque seringue contient 4000 UI.

Maphar  
Km 10, Route Côtier 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Eprex 4000UI/0.4ml Inj b6 spr  
P.P.V : 2219,00 DH



6 118001 181094