

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## diologie 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.

## ctique :

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

## éducation :

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.

## ntaire :

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

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

46335

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0016606**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1059

Société :

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre**

Nom & Prénom : BERHIL HAJA

Adresse :

Tél. : 0661 526409

Total des frais engagés :

Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

*Dr.mohamed  
Traumatologie  
Arthrosco-Orthopédie du SMC  
105,BD 2 Mars Rés Amine AL Khat  
Casablanca Tel:05 22 81 81 16*

Date de consultation : 28/03/2020

Nom et prénom du malade : berhil haj

Age :

Lien de parenté :

**Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie : lombosciatalgies

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 :**

**Le :** 24 NOV. 2020

**Signature de l'adhérent(e) :**



## 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
28/02/20	C.S		300 Dhs	L.Mohamed Traumatologie-Orthopédie Arthroscopie-Chirurgie du S 105 BD 2 Mars Rés Aymal AL K Casablanca Tel:05 22 81 81 1

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE AL FAZAN</b> DOUTEUR MOHAMED 23 Bd. Taza Bey - Miv. Abdellah Blanche - Tel: 0522 215 860 INP: 092003895	28.09.2020	416.30

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
<i>LABORATOIRE CENTRE DE RADILOGIE d'Agadir, Angle Bd. Hassan II 973 73 - Casablanca</i>	20/09/20	-	2820,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

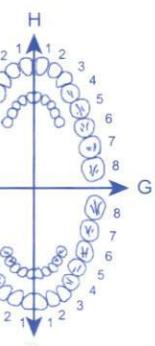
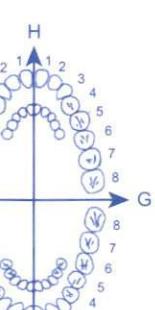
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 00000000 35533411	G	Coefficient des travaux
		21433552 00000000 00000000 11433553		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV

LOT

PER

PPV

LOT

PER

PPV

LOT

PER

28,80

28,80

28,80

8/09/2020

LOT : M19137  
EXP : SEP 2022  
PPV : 52,00 DH

Casablanca

MME BERHIL HALIMA

52,00

- Voltaren 100 mg  
1 suppositoire, soir, pendant, 7 jours

198,00

- Nociceptol  
1 APPLICATION, matin, soir, pendant, 15

28,80 x 3

- Vitanevril fort  
1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant, 30 jours

49,90

- Coltrax 4 mg  
1 Comprimé, matin, soir, pendant, 6 jours

- Oedes 20 mg  
1 Gélule, pendant, 7 jours

LOT : PUC : 198,00 DH

063  
2022-07

3 401020 354451 &gt;

Dr. Mohamed Amine Azzahar  
Traumatologie-Orthopédie  
Arthroscopie-Chirurgie du Sport  
105 Bd 2 Mars F  
Casablanca 16

49,40

LOT : 91739  
EXP : 07/2022  
PPV : 30.00 DH

Dr. Mohamed Amine Azzahar  
Traumatologie-Orthopédie  
Arthroscopie-Chirurgie du Sport  
105 Bd 2 Mars F  
Casablanca 16  
Tél. : 0522 81 81 16 / 17  
Casablanca - Ret. : 0522 215 966  
INP : 092003896



مركز جراحة العظام و المفاصل و الجراحة الرياضية  
Centre de Traumatologie-Orthopédie et Chirurgie du Sport

28/09/2020

Casablanca le : .....

**MME BERHIL HALIMA**

Age 68 ans

Lombosciatalgies

Faire SVP TDM du rachis lombaire

Dr. Mohamed Aissaoui  
Traumatologie-Orthopédie  
Arthroscopie-Chirurgie du Sport  
105.BD 2 Mars Rés Aymane AL Khair  
Casablanca Tel:05 22 81 81 16

LA WILAYA  
CENTRE DER ORTHOPÉDIE  
2, Rue d'Agadir, Agdal, Casablanca  
Tel: 0522 49 73 / 3 - Casablanca



مذکوٰ جراحتہ العضام و المفاصل و الجراحتہ الیاتیہ  
Centre de Traumatologie-Orthopédie et Chirurgie du Sport

28/09/2020

Casablanca le : .....

MME BERHIL HALIMA

- Radio des 2 genoux face et profil en charge, Rx du bassin face

Dr. Mohamed Aymane AL KHAI  
Traumatologie-Orthopédie  
Arthroscopie-Chirurgie du Sport  
105.BD 2 Mars Rés Aymane AL KHAI  
Casablanca Tel:05 22 81 81 16

Dr. Mohamed Aymane AL KHAI  
Traumatologie-Orthopédie  
Arthroscopie-Chirurgie du Sport  
105.BD 2 Mars Rés Aymane AL KHAI  
Casablanca Tel:05 22 81 81 16

**LA WILAYA**  
CENTRE DE RADIOLOGIE  
2, Rue d'Agadir, 105 Bld Hassan II  
Tél: 0522 49 73 13 - Casablanca

## F A C T U R E

**N° de l'admission** : 20004627      **N° Facture** 20004591      **Date facturation :** 30/09/2020

Nom et prénom du patient : **HALIMA BERHIL**

Convention : **PAYANT**

Traitements : **Examen radiologie**

Entrée: 30/09/2020 Sortie: 30/09/2020

PRESTATIONS	nombre	prix unitaire	montant
RX MAIN F/P,RX 2GENOUX F/P EN CHARGE,RX BASSIN F	1.00	1 320.00	1 320.00
TDM LOMBAIRE	1.00	1 500.00	1 500.00
sous-total			<b>2 820.00</b>

arrêtée la présente facture à la somme de :

**Deux mille huit cent vingt dirhams**      **total :** **2 820.00**

Immatriculation :

N° prise en charge :

Notre compte bancaire :



**LA WILAYA**  
 CENTRE DE RADIOLOGIE  
 2, Rue d'Agadir Angle Hassan II  
 Bd. Hassan II  
 Casablanca  
 Tél: 0522 49 73 43