

## 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.

N° W19-504449

46846

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4151

Société :

RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom :

BOUKDOUR Brahim

Date de naissance :

01/01/1949

Adresse :

CASA

Tél. : 0663471851

Total des frais engagés : 2216,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Docteur Abdelkader EL MADI**  
**MÉDECINE GÉNÉRALE**  
Diplômé en Echographie Générale  
153, Rue 25, Bd. Panoramique  
Bine Lamdoune - Casablanca

ICE: 00177821700037

Date de consultation :

Tél.: 0522.21.11.12 - Autorisation N° 4004

09 NOV 2020

Nom et prénom du malade :

Boukdour Brahim

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dr. Abey

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 :

CASA

Le 9 / 11 / 2020

Signature de l'adhérent(e)

Abey

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
19 NOV 2020 C	C	1	1300	INP ICE, 00177821700037 Docteur MEDECINE é en Echographie que 25, Bd. Pasteur andouze - Paris 2 - Autres

Pharmacie Cigales SAINT-JAUME

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharm. Mme. L'Amie à Casablanca 250 Boulevard de Casablanca tel.: 05 22 99 17 17	09/11/12	2086,20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

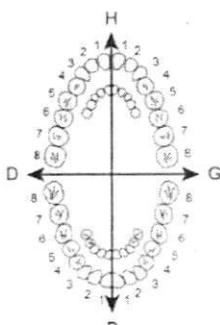
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

**Docteur Abdelkader EL MADI**

**MEDECINE GENERALE**

Diplômé en Echographie Générale  
de la Faculté de Médecine de Montpellier

N° 153 pour Bruxelles  
Casablanca le :

09 NOV 2020

الدكتور عبد القادر الماضي

الطب العام

دبلوم الكشف بالصدى

خريج كلية الطب بمونبليي - فرنسا

الدار البيضاء في

N° 153 pour Bruxelles

Casablanca le :

LEVIMIR

841.00 x 2 250 ml



89.00 + 54.30

Dose 1 ml = 30



1 g/ml = 30

45.20  
x3

Spécia Maje 875



1 g/ml = 30  
ml

ml

125,30 MAX. appt. tels 1 cl



2086,20

Pharmacie des Cygnes  
Mme. LAHRICHI SAMIA  
Boulevard de l'Oasis  
Casablanca

**Docteur Abdelkader EL MADI**  
**MEDECINE GENERALE**

Diplômé en Echographie Générale  
153, Rue 25, Bd. Panoramique  
Bine Lamdoune - Casablanca  
Tél.: 0522.21.11.12 - Autorisation N° 4994

شارع بانوراميك الزنقة 25 الرقم 153 بين المدن 153،  
Boulevard Bine Lamdoune - Casablanca

الهاتف : 05 22 21 11 12 - رقم الرخصة 4994 - رقم التعريف المرجع 001778217000037

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

Levemir® FlexPen®  
100U/ml  
Solution injectable  
5 stylos pré-remplis de 3ml  
PPV : 841 DH

8-9678-73-270-2

6 118001 121281

Levemir® FlexPen®  
100U/ml  
Solution injectable  
5 stylos pré-remplis de 3ml  
PPV : 841 DH

8-9678-73-270-2

6 118001 121281

54,30

89,00

45,20

46,20

45,20

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
VaxigripTetra 15 µg/0,5 ml  
sol inj b1  
P.P.V : 125,30 DH

6 118001 082247