

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

## cique :

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.

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7006 Société : RAA  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : Retraité  
 Nom & Prénom : AMELLAH JILALI  
 Date de naissance : 11.11.64  
 Adresse : 238 lot baymawt CASA  
 Tél. : 06 61 33 9850 Total des frais engagés : 692,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/11/2020

Nom et prénom du malade : Ameliah Jilali Age : 56

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Dr Hassan

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 : 16 DEC. 2020

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 16/12/2020



## **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
22/11/2022	(3)			

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Voie d'Aménagement Hay Laymoun Hay Hassane Hay 22 93 66 54 - fax : 22 93 87 15 05 22 93 66 54 - IF: 40155060 40155156600018	26/11/2020	390,90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## 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

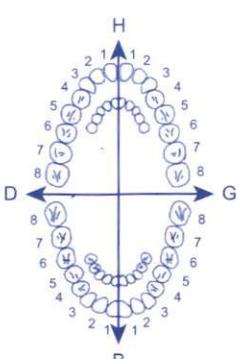
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur MOUJTAHID MOHAMMED

Professeur ex: enseignant à la faculté  
de médecine de Casablanca

Chirurgien Traumatologue Orthopédiste :  
Prothèses ,arthroscopie, chirurgie de la main  
et nerfs périphériques, pathologie de sport

# الدكتور محمد مجتهد

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء



جراحة العظام و المفاصل

جراحة اليد و الأغصان

الطب الرياضي و الجراحة بالمنظار

Le : ..... 20/11/2020 .....

## MR AMELLAH JILALI

- Relaxol 500 mg /2mg  
2 Comprimé matin et soir pendant 5 jours
- newflex roll on  
Une application locale 2 fois par jour
- Celebrex 200 mg  
1 Gélule soir, pendant 10 jours 1 boites

dr MOUJTAHID Mohamed  
Chirurgien Traumatologue  
Orthopédiste  
17 Ag. Abdelmoumen & El Bachir  
Laalaj N°27 - Casablanca  
Tél: 0522 981 610 / Urg: 0661 770 081

Dr Moujtahid  
Chirurgien Traumatologue  
Orthopédiste  
17 Ag. Abdelmoumen & El Bachir  
Laalaj N°27 - Casablanca  
Tél: 0522 981 610 / Urg: 0661 770 081

Pièce ARMACIE TILILA  
Voie d'Aménagement H.H 47 N°H  
Hay Laymoune - Hay Hassani  
Tél: 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15  
ICE 001551566000078 - IF: 40155060

17 Le Louvre Center angle Bd Abdelmoumen et El Bachir Laalaj  
bureau 27 - 5ème étage Casablanca - Tel: 0522981610  
E-mail : mmoujtahid2000@yahoo.fr - Urgences: 0661770081

®

# سيلبركس

200 mg

سيليكوكسيب



مضاد للالتهاب  
مضاد للألم

CELEBREX

200 mg

10 GELULES



6 118000 250081

10

كبسولات

P.P.V:

000

HQH

89,00

Lot. ١٩٣٤٦٢٣

Exp. ٠٦/٢٠٢٣

**رولاكسول®** ملخ/2ملخ 500

باراسيتامول / ثيوكوليشيكوزيد

عن طريق الفم  
فرصاً 20

20

Relaxol 500mg/2mg

احترم الدosis المكتوبة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance -  
موجب وصفة طيبة - لانحة  
نقطة بموجب وصفة طيبة - لانحة

Relaxol 500mg/2mg

احترم الدosis المكتوبة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
صرف فقط بموجب وصفة طيبة - لانحة

**رسول®** ملخ/2

باراسيتامول / ثيوكوليشيكوزيد

عن طريق الفم  
فرصاً 20

Relaxol 500mg/2mg

احترم الدosis المكتوبة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
صرف فقط بموجب وصفة طيبة - لانحة

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V : 53DH10  
PER.:03/2023  
6 118000 060833

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V : 53DH10  
PER.:03/2023  
6 118000 060833

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V : 53DH10  
PER.:03/2023  
6 118000 060833

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V : 53DH10  
PER.:03/2023  
6 118000 060833

**ARTIFLEX®**  
ROLL-ON



6 111255 810338

Soin Naturel de Confort  
des Articulations et des Muscles