

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.

**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



## Déclaration de Maladie

M22- N° 002065

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 927 Société : Retraite 132955

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUCHOUKA Mohammed

Date de naissance : 23.06.1948

Adresse : 310 Bd Zerkouni 2<sup>e</sup> et Casablanca

Tél. : 0600521678 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28 / 09 / 2022

Nom et prénom du malade : Bouchouka Fatima Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 28 / 09 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :



### RELEVÉ 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
28/09/22	C		20.16	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL ANADEL Mme H.T. EL ARAKI Bd. Abdellatif Ben Kaddour Tél : 222 22 22	28/09/22	424.60

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### RELEVÉ 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Fatima Zahra KHARBACHI**

Hepato-Gastro-entérologue et Proctologue

Endoscopie digestive - Echographie

Proctologie médico-interventionnelle

د. فاطمة الزهراء خرباشي

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي والكبد - أمراض وجراحة المعزج

معضي القولون والعدة بالانتظار - الفحص بالبري

- Lauréate de la faculté de médecine Hassan II - Casablanca

- Ancien médecin au CHU Ibn Rochd - Casablanca

- Ancien médecin en Unité de Proctologie de l'Hôpital Saint Joseph - Paris

- Diplômée en proctologie - Rennes

- Diplômée en pathologie fonctionnelle digestive - Lyon

- Diplômée en maladie inflammatoire chronique de l'intestin - Lille

## ORDONNANCE

Casablanca le,

23/09/2022

**Mme BOUCHOUKA FATIHA**

23.50

**1) Forlax sachet**

2 sachets par jour ( à adapter objectif une selle molle quotidienne)

63.90

**2) Biprofenid LP cp sécable 100**

1 cp \* 2 par jour pendant 10 jours ( au milieu des repas)

49.00

**3) Avenoc et moridil suppo**

1 suppo enrobé de la crème \* 2 par jour pendant 3 semaines

Appliquer une fine couche de la crème jusqu'à 4 fois par jour pendant 3 semaines

42.80

**4) Dazen 10 000**

1 cp \* 3 par jour pendant 10 jours

22.20

**5) Codoliprane**

2 cp toutes les 6h si douleurs

99.00

**6) Oedes 20 mg**

1 gélule \* 2 par jour pendant 10 jours

Pharmacie EL ANADE  
Mme H.T. EL ARAKI  
Bd, Abdelatif Ben Kaddour  
Tél: 05 20 88 88 55

Dr. Fatima Zahra KHARBACHI  
Hepato-Gastro-entérologue  
Capital Office : Angle Bd Abdelmoumen et Rue Rachati, Imm. N 3, 2ème étage bureau N 50 - Casablanca  
Tél: 05 20 88 88 55 - E-mail: kharbachi.fatimazahra@gmail.com

424.60

كاييغال أوتيس : ملتقى شارم عبد المومن و زقاق الرشاشي، عمارة 3، الطابق 2، المكتب رقم 50، (فوق سرجات ماركيت) - الدار البيضاء

Capital Office : Angle Bd Abdelmoumen et Rue Rachati, Imm. N 3, 2ème étage bureau N 50 - Casablanca

( au dessus de Marjane Market quartier des Hôpitaux ) - Tél : 05 20 88 88 55 - E-mail : kharbachi.fatimazahra@gmail.com

**BOTTU SA**  
PPV : 49 DH 00

**MORIDIL®**   
Suppositoires - Boîte de 12  
P.P.V.: 17,30 Dh  
  
6 118 000 191681

63,90

**MORIDIL®**   
Suppositoires - Boîte de 12  
P.P.V.: 17,30 Dh  
  
6 118 000 191681

V: 47 180  
N°:

**MORIDIL®**   
Suppositoires - Boîte de 12  
P.P.V.: 17,30 Dh  
  
6 118 000 191681

**MORIDIL®**   
Suppositoires - Boîte de 12  
P.P.V.: 17,30 Dh  
  
6 118 000 191681

22,20

PPV 00DH00  
PER 05/24  
LOT L1706

LOT 210601  
EXP 12/2023  
PPV 99.00DH

**maphar**   
Boulevard Akkema n°15  
Quartier Industriel Sid Barmouss Casablanca - Maroc  
FORLAX 10G SAC B20  
P.P.V.: 73,50 DH  
  
6118001181193

LOT : U22904  
Exp : 11/2024