

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0003132

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10278

Société : Retraite

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAMOU DRISS

Date de naissance : 21/12/1961

Adresse : 11 ETG 2 LOTISMAILIA Berrechid

Tél. : 0635615680

Total des frais engagés : 746,60

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Dyspepsie

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 : Berrechid

Le : 15/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### 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.

**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

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



# 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
11/11/2022	C.S		3.000	
09/11/2022	Catide			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALFAO 13.5 Rue Ila Abou Madi - BERRECHID - Tél: 05 22 33 64 01	01/11/22	211,20
Pharmacie ALFAO 13.5 Rue Ila Abou Madi - BERRECHID - Tél: 05 22 33 64 01	08/11/22	235,40

# 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
		AM	PC	IM	IV	

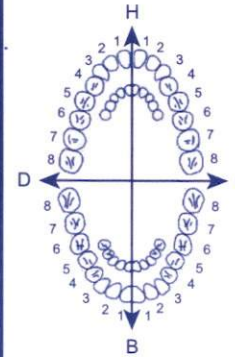
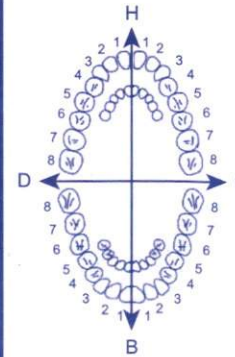
Docteur

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien doit préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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															
				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 colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Docteur HASSINI Zineb

Hépatogastro-Entérologue  
et Proctologue

Endoscopie digestive

(fibroscopie digestive haute, coloscopie)

Echographie abdominale

Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca

Ancien médecin au CHU Ibn Rochd

DIU en Proctologie de l'université de Rennes (France)

DIU en Pathologies fonctionnelles digestives

de l'université de Lyon (France)

DIU en Maladies Inflammatoires chroniques

de l'intestin de l'université de Lille (France)



الدكتورة حسيني زينب

إختصاصية في أمراض الكبد

والجهاز الهضمي والبواسير

الفحص بالمنظار للمعدة والقولون

الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة مقيمة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد الدار البيضاء

ديبلوم في أمراض الشراخ والبواسير (فرنسا)

ديبلوم في أمراض الالتهاب المزمن للأمعاء (فرنسا)

ديبلوم في الأمراض الوظيفية للجهاز الهضمي (فرنسا)

## Ordonnance

Berrechid, le 01 / 11 / 2022

Dr. Tni fassé Zahra

122,80.

1) Ipsium 40 mg

(S.V)

4 gel 1z le matin 20 min apr

B. 20.

sepas pdt 1z

2) Bourget

(S.V)



Pharmacie ALAFAO  
1.3.5 Rue Ibn Abou Madi  
- BERRECHID -  
Tel: 05 22 03 64 01

16.30 x 4 1 cp x 3z après repas.

3) Dogmatil suip

(S.V)

1 cp 3 x 2z pdt 02 mois

211.20

زاوية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور إقامة الحاج أحمد برشيد مدخل B الرقم 6 الطابق 2 (أمام عمالة برشيد) - برشيد

Angle Bd Mohamed V et Rue Yaacoub El Mansour - Rés. Haj Ahmed

Berrechid - Entrée B N° 6 Etage 2 (en face de la province de Berrechid) - Berrechid

Tél : 05 22 03 05 50 - E-mail : drhassinizineb@gmail.com



HASSINI Zineb

Hépatogastroentérologue  
et Proctologue

Endoscopie digestive  
(fibroscopie digestive haute, coloscopie)  
Echographie abdominale  
Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca  
Ancien médecin au CHU Ibn Rochd  
DIU en Proctologie de l'université de Rennes (France)  
DIU en Pathologies fonctionnelles digestives  
de l'université de Lyon (France)  
DIU en Maladies Inflammatoires chroniques  
de l'intestin de l'université de Lille (France)



الدكتورة حسيني زينب

إختصاصية في أمراض الكبد  
والجهاز الهضمي والبواسير

الفحص بالمنظار للمعدة والقولون  
الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
طبيبة مقيمة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد الدار البيضاء  
ديبلوم في أمراض الشرح والبواسير (فرنسا)  
ديبلوم في أمراض الإلتهاب المزمن للأمعاء (فرنسا)  
ديبلوم في الأمراض الوظيفية للجهاز الهضمي (فرنسا)

## Ordonnance

Berrechid, le 08.11.2022

Dr. Trifasse Zehra

2 x 56,30

1) D. Eure

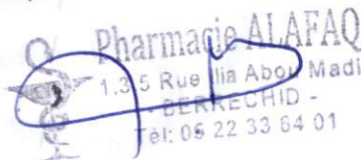


1 amp / 15 jours pdt 02 mois puis

1 amp / 1 mois pdt 02 mois

122,80

2) Iprum 60 mg



235,40<sup>1</sup> gel le matin pdt 15 j de min aut  
repas.

3) ~~Dagmatel 50 mg~~

~~1 amp le matin pdt~~

زاوية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور إقامة الحاج أحمد برشيد مدخل B الرقم 6 الطابق 2 (أمام عمالة برشيد) - برشيد

Angle Bd Mohamed V et Rue Yaacoub El Mansour - Rés. Haj Ahmed

Berrechid - Entrée B N° 6 Etage 2 (en face de la province de Berrechid) - Berrechid

Tél : 05 22 03 05 50 - E-mail : drhassinizineb@gmail.com

**IPSIUM 40mg**

14 gélules Gastro-résistantes



PER.:02 2024

LOT : 22E002

DOGMATIL 0,5g/100ML  
SOL BUV FL 125ML

P.P.V : 16DH30



PER.:02 2024

LOT : 22E002

DOGMATIL 0,5g/100ML  
SOL BUV FL 125ML

P.P.V : 16DH30



D-CURE\* AMPOULE



PPV: 56,30 DH  
LOT: 22C07D  
EXP: 03/2024

D-CURE\* AMPOULE

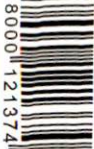


PPV: 56,30 DH  
LOT: 22C07D  
EXP: 03/2024

**IPSIUM 40mg**

14 gélules Gastro-résistantes

6 118000 121374



PER.:04 2024

LOT : 22E003

DOGMATIL 0,5g/100ML  
SOL BUV FL 125ML

P.P.V : 16DH30



6 118000 012153

PER.:02 2024

LOT : 22E002

DOGMATIL 0,5g/100ML  
SOL BUV FL 125ML

P.P.V : 16DH30



6 118000 012153

~~BOURGET INOSTOL~~  
300 mg  
20 comprimés effervescent



PPV: 23DH20  
EXP: 11/2024  
LOT: 19008 6