

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

**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

N° W21-791897

AS 7599

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)	Société :
Matricule : 3418	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : HENNI KHALID	<input type="checkbox"/> Autre :
Date de naissance : 04/06/1972	
Adresse : VILLA 42 1059 CGI CASABLANCA	
Tél. : 06 61 06 09 61	Total des frais engagés : 554,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	Rémi ZY
Age:	14 ans
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

### 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
25/04/23	DS	300	300	INP : 091083309 Dr. Boucra JAHOU

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Mounia	25/04/23	274,70

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

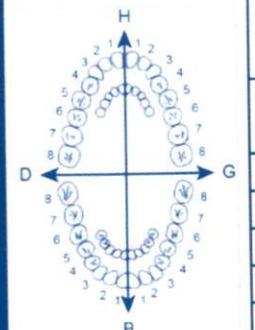
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

### ODF PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Bouchra KARAOUI**

**Gynécologue - Obstétricienne**

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris  
Ex attachée et Interne des hôpitaux de Paris

Stérilité du couple - accouchement  
chirurgie gynécologique - Coeliochirurgie  
maladie du sein - Echographie



**الدكتورة بشرى قراوي**

إختصاصية في أمراض النساء و الولادة

خريجة كلية الطب بباريس

طبيبة ملحة وطبية داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

عم الزوجين - الولادة

الجراحة النسوية - الجراحة بالمنظار

أمراض الثدي - الفحص بالصدى

06/04/2023

MENNI INES

Casablanca, Le ..... الدار البيضاء في



84,90د.م

- Duphaston 10 mg - comprimé pelliculé

1 Comprimé, matin, soir, pendant 10  
jours du 16 eme au 25 eme jour du  
cycle pendant 3 cycles

T = 284,17د.



maphar

Km 10, route côtière 111, Quartier industriel  
Zenata, Ain Sabaa Casablanca - Maroc

DUPHASTON 10MG CP PEL B20 PPV : 84DH90

1125512



maphar

Km 10, route côtière 111, Quartier industriel  
Zenata, Ain Sabaa Casablanca - Maroc

DUPHASTON 10MG CP PEL B20 PPV : 84DH90

1125512



maphar

Km 10, route côtière 111, Quartier industriel  
Zenata, Ain Sabaa Casablanca - Maroc

DUPHASTON 10MG CP PEL B20 PPV : 84DH90

1125512



**Dr. Bouchra KARAOUI**  
Gynécologue - Obstétricienne  
26, Bd Omar El Khayam - Beauséjour - Casablanca  
55 56 69 - 065621651\*



26, شارع عمر الخيام، إقامة أمير  
الطابق الأول، بوسيجور الدار البيضاء  
26, Bd Omar El Khayam, Résidence AMIR,  
1er étage - Beauséjour - Casablanca



: 06 56 21 65 11

: 05 20 55 56 69

في حالة المستعجلات الاتصال

بمصحة الفراشات - الهاتف:

**En cas d'urgence Contacter  
clinique les papillons au :**  
**05 22 98 30 35 / 05 22 98 21 20**