

## 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 de caractère personnel.

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)      Matricle : 6638      Société :

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : EL KHALFI      ELMESTAPHA

Date de naissance : 1962

Adresse : CASA

Tél. : 066/26 69 38      Total des frais engagés : 300 + 285,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/04/2023

Nom et prénom du malade : T H A A R I N A A L I P E L K H A L F I

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : d / A b d e l l a h a l e

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 03/10/2023

ACCUEIL

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
03/04/2023	S		3000DH	INP : 10914997444444444444 WILAYA GHZALAH - HEPATO-GASTROENTEROLOGUE ET PROCTOLOGUE 12 Mars et bd moudoubita Casablanca 05 22 28 61 57

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DAR NAJME</b> <b>Sofia NAJME</b> Lot. Sofia 2, Rue Hassan II Hay El Hamra Casablanca Tel.: 0522 195 15 37	N°014123 03/04/23	86.50 199.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires
42, Rue d'Argenteuil Tél. 0522 36 10 00			

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES														
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.														
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.														
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> [Empty box]	<b>Nature des Soins</b> [Empty box]	<b>Coefficient</b> [Empty box]										
				<b>INP :</b> [Empty box]  <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [Empty box]  <b>MONTANTS DES SOINS</b> [Empty box]  <b>DEBUT D'EXECUTION</b> [Empty box]  <b>FIN D'EXECUTION</b> [Empty box]										
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	21433552	25533412	00000000	D	00000000	35533411	11433553	B	G
H	21433552													
25533412	00000000													
D	00000000													
35533411	11433553													
B	G													
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [Empty box]  <b>MONTANTS DES SOINS</b> [Empty box]  <b>DATE DU DEVIS</b> [Empty box]  <b>DATE DE L'EXECUTION</b> [Empty box]										
<b>SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b> <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>														

Dr .Fatima Azzahra IBN GHAZALA

## Spécialiste en Hépato-Gastro-Enterologie & Proctologie

- Hépatite virale, Estomac, Vésicule biliaire
- Intestins et colon irritable
- Proctologie médicale et chirurgicale
- Diplôme D'échographie
- Fibroscopie digestive et coloscopie
- Ancien Médecin au CHU ibn Rochd



د.فاطمة الزهراء ابن غزالة

- اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي، الكبد و أمراض المخمر
- التهاب الكبد الفيروسي، المعدة، المرارة والأمعاء والقولون العصبي
- أمراض المخرج وجراحة البواسير
- دبلوم الفحص بالصدري
- المنظار الداخلي
- طبيبة سابقة بالمركز الإستشفائي ابن رشد

Casablanca, le : ....03/04/2023

BP-96  
ZERZER  
101  
BEDELIX 3G  
SACHETS 830  
P.V.: 570H70  
1190001010234

F. Ihy am Nain ep El khoff

PHARMACIE DAR NAJME

Sofia NAJME  
Lot. Sofia 2, Rue Hassane  
Hay El Hana - Casablanca  
Tél : 0522 95 15 3

PPV  
LGT  
PEI

28,80

SV

SV

VS

52,20  
1) Bedelix 15 x 3 / T  
22,80

2) Bitaneval 15 / T  
86,50

199,00 1 gel + 3 / T

3) Glutafon 15 / T  
20,00 1 kg 15 / T  
3 m

0522 28 61 57

docteuribnghazala@gmail.com

DR FATIMA AZZAHRA IBN GHAZALA  
HÉPATOGASTROENTEROLOGIE & PROCTOLOGIE  
0522 28 61 57

548 ملتقى شارع 2 مارس و شارع موديبوكيتا - إقامة السنة رقم 13 الدار البيضاء ( أمام مسجد السنة )  
548, angle bd 2Mars et bd modibokeita,Res. Assounna app 13 (devant mosquée assounna)