

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 - 5ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Heritage Casablanca 20000 - Tél : 05 22 26 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-588349

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1824 Société : Veure Tourougui

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Souad Balga

Date de naissance :

Adresse : Immeuble Habous N° de la meqoue BP 373 Dar

Tél : 06 70 20 88 50 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Entant

Nature de la maladie : Gonarthrose

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 : Le : / /

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
15/03/23			200,00 dh	INP : 06099188

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
	18/03/23	165,00	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	7 6 MARS 2023	Re. G. 10/10/10/10	310,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF																								
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																				
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		G		00000000	35533411	00000000	11433553	B				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		G																					
	25533412	00000000	21433552	00000000																				
	D		G																					
	00000000	35533411	00000000	11433553																				
	B																							
	[Création, remont, adjonction] 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

Dr. Meriem EL. BATOCHY
Médecin Généraliste



Echographie - Suivi de la grossesse
Suivi d'infertilité et gynécologie
ECG - Suivi de diabète et HTA

Lauréat de la faculté de médecine de Marrakech
Ex- médecin dans le corps de la paix U.S.A
Diplôme d'échographie général de la faculté de
médecine et de pharmacie Casablanca
Diplôme de gynécologie infertilité et suivi de
grossesse de l université de Bordeaux en France

الدكتورة مريم الباطوشي
طبيب عام

الفحص بالصدى - تتبع الحمل - تخطيط القلب
تتبع العقم و أمراض النساء
تتبع أمراض السكري و ارتفاع الضغط

خريجة كلية الطب بمراكش
طبيبة سابقة بهيئة السلام الأمريكية
حاصلة على دبلوم في الالبكوجرافيا من كلية
الطب و الصيدلة بجامعة الدار البيضاء
و دبلوم جامعي في أمراض النساء و العقم
و تتبع الحمل بجامعة بوردو بفرنسا

ORDONNANCE

Nom/Prénom : Souad Balga Date : 18/03/2022

S.V
75.000 (1) Celephi 200mg (S.V)
1 gel x 2 / 5 pt 02 jours
puis 1 gel / 5 pt 10 jours
65.00 (2) ARTOL (S.V)
1 appl / j
25.00 (3) Tramal (S.V)
1 cp x 2 j
N° 9032361

PHARMACIE LA VILLETTE
23, Rue Abou Bakr El Warhani
La Villette - Casablanca
Tel: 05 22 51 32 13 / 14

Dr. Meriem EL BATOCHY
Médecin Généraliste
Laayoune
INPE : 061198188

Tél : 06 06 08 73 09 / E-mail : meriem.doc88@gmail.com
Adresse : Avenue 24 novembre, Hay Al-Farah N° 87 App. 4 El-Ayoun
العنوان : شارع 24 نونبر حي الفرحة رقم 87 الشقة 4 العيون

Crème de
massage
à l'extrait d'arnica
montana

LOT CEX70
EXP 03/25
PPC 65.00DH

ARTOL[®]

PPV:25DH00
PER:03/27
LOT:L954

Tramal[®] 50 mg 
Chlorhydrate de tramadol
10 gélules



6 118000 040804

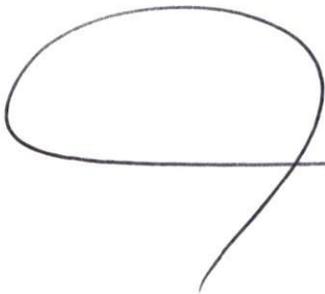
K 73593

ORDONNANCE

AAA/OUN le 15/03/2023

Imad BALBA

Dr Gerson GdB SF
en charge
2632


Dr. Meriem EL BATOCHY
Médecin Généraliste
Rue 24 Novembre, Hay El Faraf
N° 87, apprt 4, Baboula
Gsm: 06.66.66.79.09

Dr. Meriem EL BATOCHY
Médecin Généraliste

Echographie - Suivi de la grossesse
Suivi d'infertilité et gynécologie
ECG - Suivi de diabète et HTA

Lauréat de la faculté de médecine de Marrakech
Ex- médecin dans le corps de la paix U.S.A
Diplôme d'échographie général de la faculté de
médecine et de pharmacie Casablanca
Diplôme de gynécologie infertilité et suivi de
grossesse de l université de Bordeaux en France



1273593

الدكتورة مريم الباطوشي
طبيب عام

الفحص بالصدى - تتبع الحمل - تخطيط القلب
تتبع العقم و أمراض النساء
تتبع أمراض السكري و إرتفاع الضغط

خريجة كلية الطب بمراكش
طبيبة سابقة بهيئة السلام الأمريكية
حاصلة على دبلوم في اللايكوجرافيا من كلية
الطب و الصيدلة بجامعة الدار البيضاء
و دبلوم جامعي في أمراض النساء و العقم
و تتبع الحمل بجامعة بورجو بفرنسا

ORDONNANCE

Nom/Prénom : Souad balga

Date : 15/03/2023

Radio de quell costal

ou radio du thorax Face

Dr. Meriem EL BATOCHY
Médecin Généraliste
Rue 24 Novembre, Hay El Farah
N° 87, app. 4, El Ayoun
Gsm: 06.06.09.73.09

Tél : 06 06 08 73 09 / E-mail : meriem.doc88@gmail.com
Adresse : Avenue 24 novembre, Hay Al-Farah N° 87 App. 4 El-Ayoun

العنوان : شارع 24 نونبر حي الفرّح رقم 87 الشقة 4 العيون

K 73503

Quittance - Hôpital militaire de

Réçu de Mr.:

SOUAD BALCHA

La somme de

trois cent dix ~~00~~

-	Pa de Crinil Costal F	310p
-	Pa genou gl	310p
	F - P en charge	310p

No 0247439

Le

16/03/23

Régisseur de recettes,

