

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique **172714**  Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **02881** Société : **RAM**

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **Bouakkari Hassane**

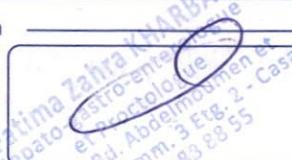
Date de naissance : **11/11/1954**

Adresse : **Nez**

Tél. : **06 66 41 46 97** Total des frais engagés : **413,32** Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **23/08/2023**

Nom et prénom du malade : **Bay Soumier** Age : **54 ans**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Brûlures épigastriques**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

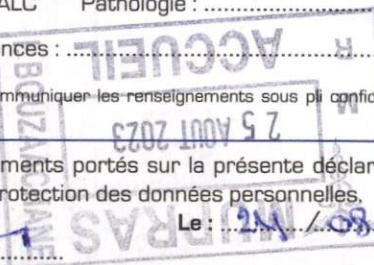
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : **23/08/2023** Le : **23/08/2023**

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
23/03/2023	CS		300 Dhs	Dr. Latifa Khlifi Hepato-Gastro-entérologue et Proctologue Mme Ed. Abdelloumen et Im. 3 Etg. 2 - Casa 2383855

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
D 00000000	B 35533411	G 00000000 11433553		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**Dr. Fatima Zahra KHARBACHI**

Hepato-Gastro-enterologue et Proctologue

Endoscopie digestive - Echographie

Proctologie médico-interventionnelle

فلاحة الزهراء خرباشي

الشخصية في لاردن الجهاز الهضمي والتبير - لاردن وجراحة المفرج

عن القولون والمعودة بالمنظار - لفم عن الصدرى

- 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, 23/08/2013



LOT : W22317  
Exp : 09/2025

**Mme BAY soumia**

1) **Forlax**



2 sachets par jour si constipation

PHARMACIE AL MASSIRA  
51, Rue Rahal Ben Ahmed  
Dr. Mme BENMOUSSA Ouafaa  
Tél : 05 22 24 80 54  
Fax : 05 22 24 85 44

2) **Laroxyl gouttes**

5 gouttes le soir au coucher pendant 5 jours puis  
7 gouttes pendant 5 jours puis 10 gouttes le soir  
au coucher pendant 3 mois ( à mélanger avec de  
l'eau )

PPV: 30DH80  
PER: 03/26  
LOT: M868

Dr. Fatima Zahra KHARBACHI  
Hepato-Gastro-enterologue  
et Proctologue  
Rue Rachati, Immeuble 2 - Casablanca  
7, Avenue Abdelmoumen et  
Rue Rachati, Immeuble 2 - Casablanca  
Tél: 05 20 88 88 55 - E-mail: kharbachi.fatimazahra@gmail.com

كابيطال لوفيس 7: ملتقى شارع عبد المؤمن و زنقة الرشاتي، عمارة 3 الطابق 2 المكتب رقم 50، (فوق سرجان ماركت) . للدرار البيضا

Capital Office: 7 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