

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



75471  
Déclaration de Maladie : N° S19-0051918

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10354 Société : RAY  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BENZIKIS ABDELHAN Date de naissance :  
Adresse : Hay. Al Khayma 1 n° 111 101  
Tél : 05 22 91 26 73 Total des frais engagés : 300,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/09/2023

Nom et prénom du malade : HARKIHOUS Naima Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : infection, diabète + anémie

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) :

## 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 - 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



### 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
06/09/23	CONSULTATION		1500 HT	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/09/23	150,40

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

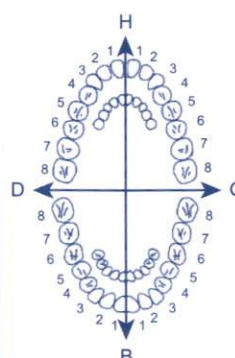
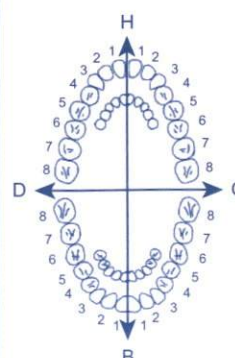
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de 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"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[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

**Dr. Badia MOUFID**

Médecin

Médecine Générale

- Diplômée en Gynécologie Obstétrique  
(Université de Besançon - France)
- Diplômée en Echographie  
(Université de Dijon - France)
- Diplômée en hysteroscopie et colposcopie  
(Université de Paris - France)
- Ancien Médecin Chef du centre de santé  
Sidi Maarouf

**الدكتورة بديعة مفيد**

طبيبة  
الطب العام

- شهادة في طب النساء و التوليد  
(جامعة بزانسون - فرنسا)
- شهادة في الفحص بالصدى  
(جامعة ديجون - فرنسا)
- شهادة في فحص الرحم و عنق الرحم بالمنظار  
(جامعة باريس - فرنسا)
- طبيبة رئيسية سابقا بالمركز الصحي  
سيدي معروف

Casablanca le: 06/09/2023

**Docteur Badia MOUFID**  
Médecin Généraliste  
180, Bd el Fida - Casablanca  
Tél: 05 22 81 72 59

**FACTURE**

M. MARKHOUS NAIMA

à bénéficier d'une consultation

ce jour facturé à 150 DH

**Docteur Badia MOUFID**  
Médecin Généraliste  
180, Bd el Fida - Casablanca  
Tél: 05 22 81 72 59

180, شارع الفداء - الدار البيضاء (أمام صيدلية الفداء) - الطابق الأول

180, Boulevard El Fida - Casablanca (en face pharmacie El Fida) - 1er Etage

Tél: 05 22 81 72 59



# Dr. Badia MOUFID

Médecin

Médecine Générale

- Diplômée en Gynécologie Obstétrique  
(Université de Besançon - France)
- Diplômée en Echographie  
(Université de Dijon - France)
- Diplômée en hysteroscopie et colposcopie  
(Université de Paris - France)
- Ancien Médecin Chef du centre de santé  
Sidi Maarouf

# الدكتورة بديدة مفيد

طبيبة  
الطب العام

- شهادة في طب النساء و التوليد  
(جامعة بزانسون - فرنسا)
- شهادة في الفحص بالصدى  
(جامعة ديجون - فرنسا)
- شهادة في فحص الرحم و عنق الرحم بالمنظار  
(جامعة باريس - فرنسا)
- طبيبة رئيسية سابقا بالمركز الصحي  
سيدي معروف



MOUFID  
généraliste  
Casablanca  
173 59

Casablanca le: 06/01/2021

06/01/2021

ALANOUSS. NAIMA

67.40

poly synex ovale

83.00

1x5



FEMILYANE PHO 200ML  
PPC : 83.00 DH  
Lot : 20902E  
09/2025  
IPHADERM

femitegan 7



150.40

صيدلية الفداء  
PHARMACIE EL FIDA  
151 Bd El Fida - Casablanca  
Tel: 05 22 28 12 37

Docteur Badia MOUFID  
Médecin Généraliste  
180, Bd el Fida - Casablanca  
Tél: 0522 81 72 59

180، شارع الفداء - الدار البيضاء (أمام صيدلية الفداء) - الطابق الأول

180, Boulevard El Fida - Casablanca (en face pharmacie El Fida) - 1er Etage

Tél: 05 22 81 72 59