

## 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 des données à caractère personnel.

## Déclaration de Maladie

N° W19-569355

A 77433



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1268h Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom : ZRINE H. Henda

Date de naissance : 20/05/1987

Adresse : Im 88, Bpt 3, 61 Al Maâlem, 20200

El alfa Casablanca

Tél. : 066 26 16 88 Total des frais engagés : 322,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

DR RAFIA KHARKHOLI

Spécialiste en Cynégologie Obstétrique  
129 Avenue 6 Novembre 1975 - 1<sup>er</sup> Etage Demââa  
Case - Tél. 05 22 56 46 99 - GSM 06 62 16 45 28  
Case - Tél. 05 22 56 46 99 - GSM 06 62 16 45 28  
Case - Tél. 05 22 56 46 99 - GSM 06 62 16 45 28

Date de consultation : 28/10/2023 Casablanca

Nom et prénom du malade : ZRINE H. Henda

Lien de parenté :  Lui-même  Enfant

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 sensibles 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : fia

Le : 28/10/2023

### 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
2010/13	2		300	INP : 01046293 Sousc. à l'INP : 01046293 Tél. : 03 89 53 00 00 - GSM : 06 52 16 45 28 Casa - Tél. : 03 89 53 00 00 - INP : 01046293 103 - 03 89 53 00 00 - INP : 01046293

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/06/13	22,60

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

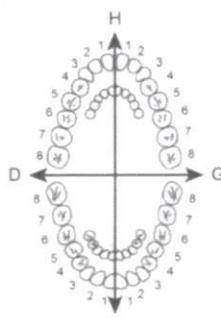
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

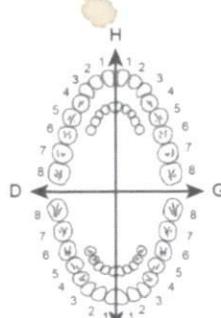
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### 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	INP :
				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

**O.D.F 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

**Dr. Rafia KHARKHOUR**

**Gynécologie - Obstétrique**



**د. رفيعة خرخور**

**أخصائية في أمراض النساء والولادة**

28/06/2023

ZRINEH HOUDA

22.60

- Spasfon 150 mg  
1 suppositoire, matin, matin, soir, pendant , 1 semaine

**Dr. RAFIA KHARKHOUR**  
Spécialiste en Gynécologie et Obstétrique  
129 Avenue Novembre 1975 - 1<sup>er</sup> étage Cité Djemâa  
Casa - Tél : 00 212 631 180000020 - INPE : 091046243



**Tél : 0522 56 46 99**

**En cas d'urgence GSM : 06 62 16 45 28**

129 شارع 6 نوفمبر 1975 الطابق الأول قرية الجماعة الدار البيضاء  
129, Avenue 6 Novembre 1975 - 1<sup>er</sup> Etage Cité Djemâa - Casa  
ICE : 001631180000020 - INPE : 091046243

6 118000 330219



8 SUPPOSITOIRES

Spasfon

جافا جافا جافا

Tenir à l'abri de la chaleur



AMM N° 89 DMP/21/NTT

جافا جافا جافا جافا جافا

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

09188



Dr. Rafia KHARKHOUR

Gynécologie - Obstétrique



د. رفيعة خر خور  
أخصائية في أمراض النساء والولادة

28/06/2023

ZRINEH HOUDA

G P<sub>2</sub>

DDR: 09.10.2022

Cephalee

a admethre pour

acouchement



Tél : 0522 56 46 99

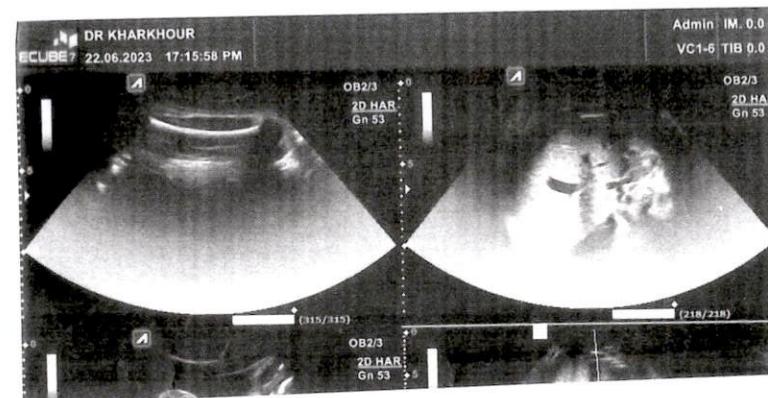
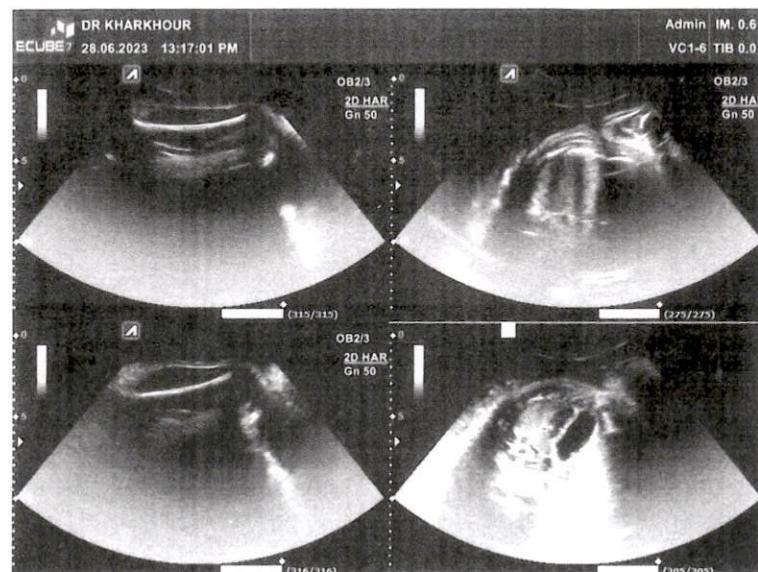
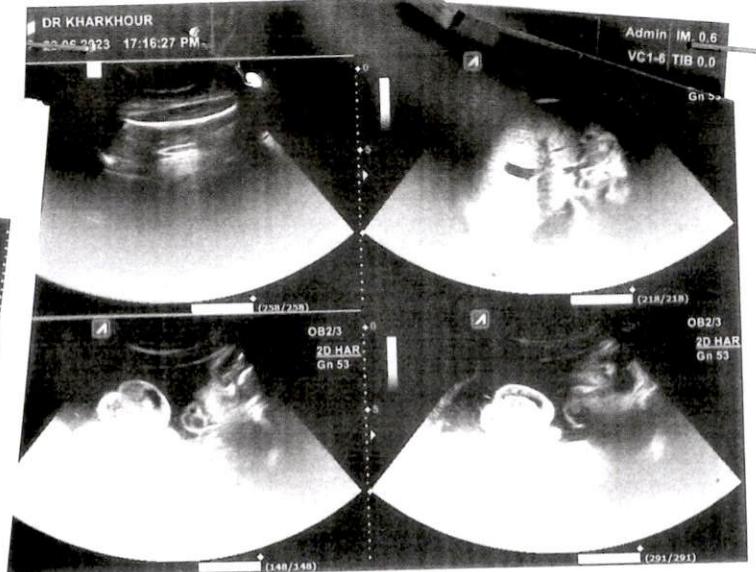
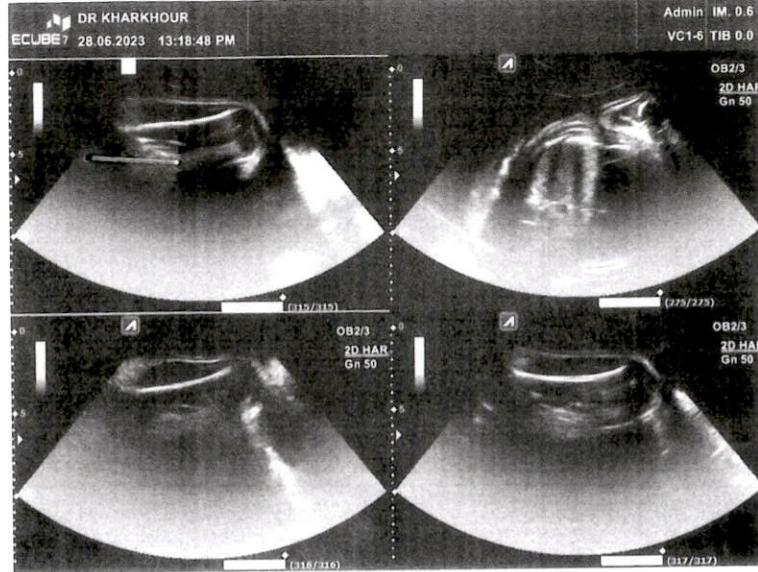
En cas d'urgence GSM : 06 62 16 45 28

129 شارع 6 نوفمبر 1975 الطابق الأول قرية الجماعة الدار البيضاء

129, Avenue 6 Novembre 1975 - 1<sup>er</sup> Etage Cité Djemâa - Casa

ICE : 001631180000020 - INPE : 091046243

DR KHARKHOUR  
ECUBE7 28.06.2023 13:18:48 PM



**Dr. Rafia KHARKHOUR**

**Gynécologie - Obstétrique**

**د. رفيعة خرخور**

**أخصائية في أمراض النساء والولادة**

- Nom : *ZRINEH* .....

- Prénom : *Houdi* .....

- Age : *36 ans* .....

- Gestation : *GP* .....

- DDR : *09.10.2022* .....

- Particularité : .....

- Groupage : .....

- NFS : .....

- Toxo plasmose : .....

- Rubéole : .....

- Syphilis : .....

- Glycémie à jeun / HGPO : .....

- TP / TCK : .....

- Ag / hbs : .....

<b>RDV</b>	<b>Motif</b>	<b>RDV</b>	<b>Motif</b>
1 .....		5 .....	
2 .....		6 .....	
3 .....		7 .....	
4 .....		8 .....	

- Accouchement prévu le :

**BILAN PERINATAL**

Tél : 0522 56 46 99 - GSM : 06 62 16 45 28

شارع 6 نوفمبر 1975 قرية الجماعة - الدار البيضاء  
129, Avenue 6 Novembre 1975 Cité Djemâa- Casa