

# 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

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



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 055740

Optique ND 36533  Autres

### Maladie

### Dentaire

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1183 Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HABACHTI Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661133029 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  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 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) : .....



## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19- 055740

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>1183</b>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : <b>HABACIY mohammed</b>			
Date de naissance : <b>01/01/1948</b>			
Adresse : <b>100, Rue Baâth Nahrâi, Maârif Casablanca</b>			
Tél. <b>0661133679</b>	Total des frais engagés :		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : <b>04/08/2023</b>			
Nom et prénom du malade : <b>Dr HABACIY Mohamed</b> Age: <b>73</b>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Acémagies</b>			
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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Casablanca** Le : **09/08/2023**

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
01/08/2000	CS Cratutte			INP : [REDACTED]
01/08/2000	Tordonnance			

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA BRISEE 38, Rue Ahmed Abbes Al Aziz Marrakech Casablanca Tél.: 05 22 99 07 10 Fax: 05 22 99 07 03	01-08-2000	11146,10

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

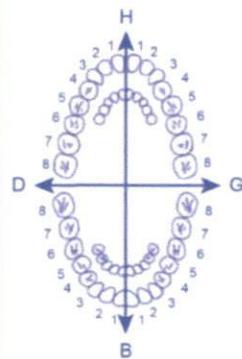
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

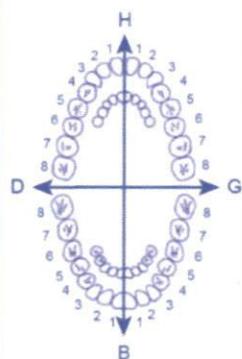
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### 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

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

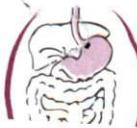
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

# Dr Asmae EL KHADIR

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie

Ancienne Proctologue à l'hôpital Saint Joseph - Paris, France



**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubir brou al aouam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**

20 mg  
Boîte 14  
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubir brou al aouam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**

20 mg  
Boîte 14  
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubir brou al aouam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**

20 mg  
Boîte 14  
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

# الدكتورة أسماء الخضير

أخصائية أمراض الكبد و الجهاز الهضمي

طبيبة سابقاً بمركز أمراض و جراحة المخيخ، مستشفى سان جوزيف - باريس - فرنسا

طبيبة سابقاً بالمستشفي الجامعي ، ليل - فرنسا

التشخيص بالمنظار الداخلي والصدى

أمراض و جراحة المخيخ

النفسيه والجمعيه

sablanca le:

04/08/23

Dr Asmae EL K  
Specialiste En Hepato-Gastroenterologie  
Et Proctologie  
22 Bd Yacoub El Mansour Espace El Mansour  
Babech N° 6 - Casablanca

**Hemofast®**  
Pommade

19,60

**Hemofast®**  
Pommade

19,60

PHARMACIE  
38, Rue Abdeslam  
Maârif  
Casablanca  
Tél : 05 22 33 99

Importateur Exclusif  
Biocodex Maroc  
Technopole - Aéroport Mohamed V  
B.P. : 126-Nouaceur-Maroc  
www.biocodex.ma  
P.P.C. 245,00 DH  
Complément alimentaire, ce n'est pas un  
médicament  
N° DA20181706751DMP / 20UCA / MA v3

Importateur Exclusif  
Biocodex Maroc  
Technopole - Aéroport Mohamed V  
B.P. : 126-Nouaceur-Maroc  
www.biocodex.ma  
P.P.C. 245,00 DH  
Complément alimentaire, ce n'est pas un  
médicament  
N° DA20181706751DMP / 20UCA / MA v3

Importateur Exclusif  
Biocodex Maroc  
Technopole - Aéroport Mohamed V  
B.P. : 126-Nouaceur-Maroc  
www.biocodex.ma  
P.P.C. 245,00 DH  
Complément alimentaire, ce n'est pas un  
médicament  
N° DA20181706751DMP / 20UCA / MA v3

1) Inxiium 20

4x 82,10 A suff 21 pd 04 82

2) Hemopasture + suff  
A suff enrobé den  
Pector 03 an

3) Alpharex gel / Pe  
3x 245,00

Dr ASMAE EL KHADIR  
Spécialiste En Hepato-Gastroenterologie  
Et Proctologie

22 Bd Yacoub El Mansour Espace El Mansour  
Babech N° 6 - Casablanca  
Tel : 05 22 33 82

22, Bd Yacoub El Mansour, Résidence Espace El Mansour, Bure

Tél. : 0522 23 35 82 / GSM : 0667 95 72 24 - Email : doct

Email : dr.elkhadir@centrepratologie.com - site web : www.centrepratologie.com

22, شارع يعقوب المنصور، إقامة فضاء المنصور عيادة رقم 6 معارض - الدار البيضاء

الهاتف: 0522 23 35 82 / المحمول: 0667 95 72 24 - البريد الإلكتروني : docteur.elkhadir@gmail.com

14,50

14,50

14,50