

# 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0039820

NO: 22985

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5165 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : EL JAOUHART Mohamed

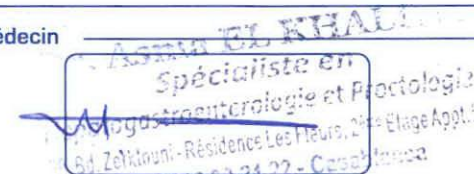
Date de naissance : 01/07/1955

Adresse : Sidi elham Bloc 46 N°51 Casablanca

Tél. 06-75-60-7996 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/02/2020

Nom et prénom du malade : Mme BAKHOUCHE Fatima Age: 55 ans

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

Nature de la maladie : Proctalgies

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 : 28 FEB 2020

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL



# 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
17/02/20	C		5	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

17/2/20

195.00

17/2/20

34.10

## 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

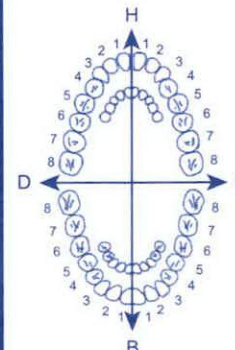
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

## SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552  
00000000 00000000

D

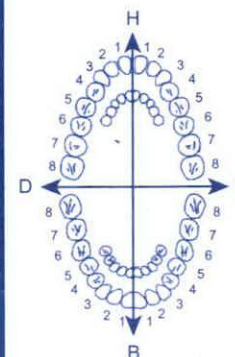
G

00000000 00000000  
35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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'EXECUTION

Dr. EL KHALIFA Asma

GASTRO-ENTEROLOGUE  
Proctologie - Endoscopie digestive  
Echographie



دكتورة الخليفة أسماء

أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي والكبد  
أمراض المخرج (البواسير) - الفحص بالمنظار  
الفحص بالصدى

Casablanca, le : 17/02/20

Mme BAKTOUCH FATIMA.

14.50

Hemofast crème suppo:

19.60

34.10 1 supposé de crème x 2/j

Hemofast<sup>®</sup>  
Pommade

19,60

14,50



59 boulevard Zerktouni, Rés les Fleurs 2<sup>ème</sup> étage.

Tél. : 05 22 20 24 22

Email : docteurkhalifa@gmail.com

59. شارع الزرقتوني، إقامة الزهور، الطابق الثاني

الهاتف : 05 22 20 24 22

البريد الإلكتروني : docteurkhalifa@gmail.com

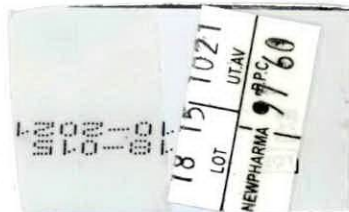


Casablanca, le : 17.02.2020

**Mme BAKHOUCHE Fatima**

**1 - VASELINE OFFICINALE COOPER pom : T/20g**

Faire 1 application à midi et le soir, pendant 7 jours.



97,60

**2 - ANTIGAS SACHETS**

Prendre 1 sachet le matin, à midi et le soir.



97,60

**3 - DEBRIDAT 100 mg cp pellic : B/30**

1 le matin, à midi et le soir.



37,60

LOTN° : 1286091

37,60

UT.AV : 1 2 2

P.P.V

**4 - PERIDYS**

Prendre 1 cp le soir, avant le repas, pendant 5 jours.



32,80

**5 - ALIVIAR CP**

1 le matin et le soir, pendant 10 jours.



27,00

27,00

195,00



59 boulevard Zerkoutoni, Rés les Fleurs 2<sup>ème</sup> étage.

Tél. : 05 22 20 24 22

Email : docteurkhalifa@gmail.com

59, شارع الزرقطوني، إقامات الزرقطوني، الطابق الثاني

الهاتف : 05 22 20 24 22

البريد الإلكتروني : docteurkhalifa@gmail.com

**Dr EL KHALIFA Asma**

Asma EL KHALIFA  
Spécialiste en  
Gastro-entérologie et Proctologie  
Résidence Les Fleurs 2<sup>ème</sup> étage  
Boulevard Zerkoutoni - Casablanca