

# 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.

## 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.

## 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
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 caractére personnel.

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5165 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL JAOUHARI Mohamed

Date de naissance :

01/07/1955

Adresse :

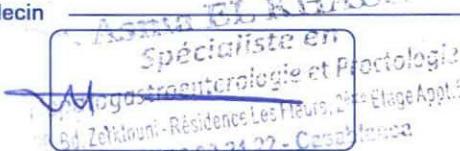
Sidi El Khemar Bloc U6 N°51 casablanca

Tél. : 06-75-60-79-96

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/10/2020

Nom et prénom du malade : Mme BAKHOUCH FATHIA Age : 55 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Prostatoparies

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) : .....

**MUPRAS**

28 FEV 2020

ACCUEIL /

## **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
14/02/20	CG		6.	DR. ELIE BOURGEOIS Spécialiste en Rhumatologie et Protéologie Residence Les Fleurs, 24, Avenue Anatole France 03.24.22 - Casselaine

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14.21.20	195.00
	14.21.20	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				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 :**

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

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	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
				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 (ال بواسر) - الفحص بالمنظار  
الفحص بالصدى

Casablanca, le : 17/10/2020

نوع BAKTOUCH FATIMA -

14,50

Hemofast creme suppo:

19,60



Hemofast®  
Pommade

19,60

14,50



Dr. Asma EL KHALIFA  
Spécialiste en  
gastroentérologie et proctologie  
et Radiologie digestive - Casablanca

Dr. EL KHALIFA Asma  
GASTRO-ENTEROLOGUE  
Proctologie - Endoscopie digestive  
Echographie



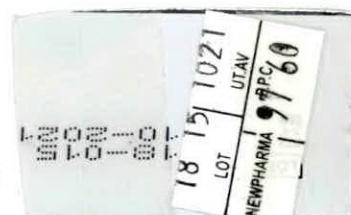
دكتورة الخليفة أسماء  
أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي والكبد  
أمراض المخرج (البواسر) - الفحص بالمنظار  
الفحص بالصدى

17.02.2020  
Casablanca, le :

Mme BAKHOUCH Fatima

1 . VASELINE OFFICINALE COOPER pom : T/20g

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



2 . ANTIGAS SACHETS



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



3 . DEBRIDAT 100 mg cp pellic : B/30

37,00

1 le matin, à midi et le soir.

LOTN° : 1286091

37,00

P.P.V

UT.AV : 1 0 2

4 . PERIDYS



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

32,180

5 . ALIVIAR CP

LIT : 0931400-6  
PER : 11/2024  
P.V.T : 27.00

27,00

1 le matin et le soir, pendant 10 jours.  
195,00

59 boulevard Zerkouni, Rés les Fleurs 2 ème étage.

Tél. : 05 22 20 24 22

Email : docteurelkhalifa@gmail.com

Dr EL KHALIFA Asma  
docteurelkhalifa@gmail.com

59 شارع الزرقطوني، إقامة الزهرة الطبية الثاني  
الهاتف : 05 22 20 24 22  
البريد الإلكتروني : docteurelkhalifa@gmail.com

ASMA EL KHALIFA  
Spécialiste en  
Gastroentérologie et Piéritique  
Résidence Les Fleurs 2 ème étage  
24 Casablanca