

# 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  
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

N° P19- 0040248

ND= 26278

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7122 Société : RAT  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ALZENOURI Ahmed  
Date de naissance : 20/12/1955  
Adresse : Bou skoura golf City Im 32 Ap 6  
Ville Verte Bou skoura  
Tél. : 0669774633 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. A. HAJ KHLIFA**  
Pneumo Allergologue  
93, Avenue Mers Sultan  
Tél: 05 22 10 13/7 Casa  
NPE: 0  
Date de consultation : 22/02/2020  
Nom et prénom du malade : SEMTAR Ben Noun Age: 64  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Respiratoire  
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 : Casablanca

Le : 17/05/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-040248

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 : .....



# 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
22/12/2020	or		259,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

22/12/2020

286,30

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

22/12/2020

720

200,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

A M

P C

I M

I V

VOLET ADHERENT

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

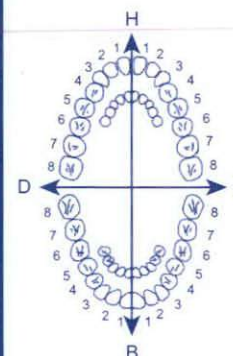
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

## 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 00000000 00000000 G  
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 Abdelouahab HAJ KHLIFA

Diplômé des Facultés de Toulouse (France)  
Spécialiste de l'Appareil Respiratoire  
Asthme, Allergies Respiratoires  
Tuberculose Spirométrie - Bronchoscopie  
Ancien Médecin des Hôpitaux de France  
Diplôme Universitaire de la Prise en Charge  
de l'Infection HIV

## الدكتور عبد الوهاب الحاج اخلفية

خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا)  
طبيب سابقا بمستشفيات فرنسا  
التهنسي  
السل  
لي  
ية

LOT 191688  
EXP 07/21  
PPV 169.70 DH

Casablanca, le 22 / 2 / 20 في



NW=

BENATIABOU

ALZEWUHI

Niva

163,70

Soclor Ig =

15 x 3 x

LOT 181762  
EXP 08/2021  
PPV 42.00DH

40,00



Isobore

way =

de on

42,00



Kalst

way =

su 6 n

21,00



Fe hu x =

15 x 215

19,60



Rotatel C1000

=

su x 3

286,30

STE PHARMACIE GOLF CITY  
Centre commercial Tonskoura Golf city  
RDC N° 9 - Tonskoura - Casablanca  
Tél: 0522 59 07 09

PHARMED LOT:7324  
UT.AV:01-23  
PPV:21DH00

PARANTAL C 1000  
PPV 19DH60  
EXP 10/2022  
LOT 98049 1

LOT 192545  
EXP 10 2021  
PPV 40.00 DH

Dr. A. HAJ KHLIFA  
PHARMACIE OPTICOPHARMACIE  
93, Avenue Mers Sultan  
Tél: 0522 49 18 73 / 74 - CASA



# Dr Abdelouahab HAJ KHLIFA

Diplômé des Facultés de Toulouse (France)  
Spécialiste de l'Appareil Respiratoire  
Asthme, Allergies Respiratoires  
Tuberculose Spirométrie - Bronchoscopie  
Ancien Médecin des Hôpitaux de France  
Diplôme Universitaire de la Prise en Charge  
de l'Infection HIV

## الدكتور عبد الوهاب الحاج اخلفية

خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا)  
طبيب سابقا بمستشفيات فرنسا  
إختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي  
أمراض الرئة، الحساسية، السل  
الفحص بالتنظير الداخلي  
فحص الوظيفة التنفسية

Casablanca, le 22 / 2 / 20 ..... في الدار البيضاء،

ص

Bev AT TABO

Al Zewu

١١

Ras p... h =

hml

Q... h

2

Dr. A. HAJ KHLIFA  
PRÉF. JOINTES ALIÉ  
93, Avenue Mers Sultan  
Tél: 05 22 49 18 73 / 74 - CASAB

**Dr. A. HAJ KHLIFA**

*Pneumo Allergologue*

93, Avenue Mers Sultan

Tél: 05 2 45 17 74 Casa

INPE: 0520/0010

**ORDONNANCE**

Le: 22/02/2020.

M. BENAITABOU Tine.

Note d'ordonnance

consultation = 250,00

Respirologie = 200,00

de face et

Tot. 1 = 450,00

*Prescription d'antibiotique*

**Dr. A. HAJ KHLIFA**

*Pneumo Allergologue*

93, Avenue Mers Sultan

Tél: 05 2 45 17 74 Casa

INPE: 0520/0010