

## 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.

(58887)

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>06462</b>	Société : <b>Moroccan Select Groupe</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>KHOUZAHI BOUCHRA</b>			
Date de naissance : <b>06/02/1961</b>			
Adresse : <b>Res Polo n°66 Bd La Soane</b>			
Tél. : <b>0662 153513</b> Total des frais engagés : <b># 300,00 Dhs</b>			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **27/01/2021**

Nom et prénom du malade : **KHAOUZAHI BOUCHRA** Age : **60**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Syndrome pré-Anesthésique**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

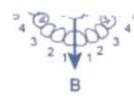
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.\*

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 : **08/02/2021**

Signature de l'adhérent(e) : **YB**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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		
27/07/2021	CS TS ECG		200,00 DH 100,00 DH	INP : 0522-392532 Dr. ABDERRAHMANE YOUSSEF Anesthésiste - Réanimateur Clinique Les Iris 73, Place du Nid d'Iris Quartier Racine - Casablanca Tél: 0522-392532 - Fax: 0522-362533		
EXECUTION DES ORDONNANCES						
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture				
ANALYSES - RADIGRAPHIES						
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
VOLET ADHERENT						
<p>* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.</p>						

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES											
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.											
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.											
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient								
			INP : <input type="text"/>								
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>											
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	21433552	D	00000000	B	11433553	G	00000000
	H	21433552									
	D	00000000									
	B	11433553									
	G	00000000									
	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
	<b>DEBUT D'EXÉCUTION</b> <input type="text"/>										
	<b>FIN D'EXÉCUTION</b> <input type="text"/>										
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>											
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>											
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>											
<b>DATE DE L'EXÉCUTION</b> <input type="text"/>											

**Dr. Daniele DUVIGEANT MESTASSI**  
Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier  
Ancienne Interne des Hôpitaux de Perpignan

**GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE**  
**ECHOGRAPHIE**

4, Place Maréchal  
1er étage - Casablanca

Tél : 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50  
Gsm : 06 66 62 81 27 - Fax: 05 22 20 40 24

(Sur Rendez - Vous)

الدكتورة دانييل دفيجان مستاضي  
خريجة كلية الطب بمونبلييه  
داخلية قديمة بمستشفيات بربينيان  
إختصاصية في أمراض النساء والتوليد  
الكشف بالموجات فوق الصوتية

4 ساحة مارشال  
الطابق الأول - الدار البيضاء

الهاتف : ع : 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50  
المحمول : ع : 06 66 62 81 27 - الفاكس : ع : 05 22 20 40 24  
( بالموعد )

Le : 19/11/2021.

Mme KHOUJAH Bouchra

10/11/2021

C faire asthérapie

Hopital CB  
mettre

DANIELE DUVIGEANT  
GYNECOLOGISTE  
MESTASSI

**Maternité - Chirurgie - Endoscopie Gynécologique**

**Assistance Médicale à la Procréation (Fécondation-In-Vitro) - Néonatalogie**

**URGENCES GYNÉCO - OBSTÉTRICALES 24/24** مستعجلات أمراض النساء و الولادة

DATE : 27/01/2021

NOM ET PRENOM : Mme KHOUJAHI BOUCHRA

*Dr. AIBAR Youssef  
Anesthésiste - Réanimateur*

### NOTE D'HONORAIRE

MEDECIN : D<sup>r</sup>. A.I.B.A.R.

HONORAIRE : 200,00 DH

CLINIQUE : 100,00 DH

FRAIS SIMPLES :

ECHOGRAPHIE :

PERIDURALE :

MONITORING :

ECG :

### CLINIQUE

*Clinique Les Iris  
13, Place du Nid d'Iris  
Quartier Racine - Casablanca  
Tél: 0522 39 25 30 / 0522 39 25 31  
0522 39 25 32 - Fax: 0522 36 25 33*

### MEDECIN TRAITANT

*Dr. AIBAR Youssef  
Anesthésiste - Réanimateur*

27-01-2021 18:40:09

3 pistes + 3 rythme

Hôpital: les iris

Prescrit par:

ID : 1  
Nom: khoujaji bouchra  
Age : 60 Années  
Sexe : Femme  
T : 0 cm / P : 0 kg

fréq. Cardia.: 83 bpm  
PR/RR.Int.: 150/723 ms  
Durée QRS: 88 ms  
QT/QTc: 380/446 ms  
Axes P-R-T: 68 43 45  
SV1/RV5/R+S: 0.31/0.81/1.12mV

\*\* Résultat de l'analyse \*\* (A faire confirmer par le cardiologue)  
Rythme sinusal normal  
Axe normal  
[ Normal ECG ]

