

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

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° W19-593248

CP

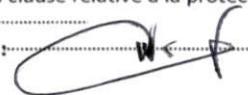
To C2o

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Matricule : 12306	Cadre réservé à l'adhérent(e)	Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	FOUAD
Nom & Prénom : EL TRABET		Date de naissance : 04/12/1983	
Adresse : 117 Rés CASAGREEN TOWN VILLE VERTE BOUKOURA		Tél. : 0661.06.8881	
Total des frais engagés : 1055 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :  Date de consultation : 06/04/2021			
Nom et prénom du malade : Bougiba Aicha. Age: _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Proctopigies			
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 : CASA Le : 06/05/2021

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie N° W19-593248	
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 : _____	

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
06/07/2017	CS EXCMEN Proctologique		300 DH	INP : 091191817 EL KHADIR
			400 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE Dj. Abderrahim Bouabid Casablanca 04/04/99-05/05/99	6/04/2021	385.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

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

RELEVE 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	$\begin{array}{r} 25533412 \\ 00000000 \\ \hline 21433552 \\ 00000000 \\ \hline \\ \begin{array}{r} 35533411 \\ 00000000 \\ \hline 11433553 \\ B \end{array} \end{array}$			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Dr Asmae El KHADIR

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie

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

Ancienne Interne des hôpitaux de Lille, France

Echographie et Endoscopie digestives

D.U "Proctologie Médicale et Chirurgicale"

D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'intestin"

D.U "Diététique médicale et Nutrition"

D.U "Réanimation Hépatique"



الدكتورة أسماء الخضير

أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي

طبيبة سابقاً بمركز أمراض وجراحة المخرج

مستشفي سان جوزيف - باريس - فرنسا

طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي، تيل - فرنسا

التشخيص بالمنظار الداخلي والصدى

أمراض وجراحة المخرج

التقديمة والجممية

Casablanca le :

06/04/2021

PHARMACIE JERRADA
61, Bd. Abderrahim Bouabid
Oasis - CASABLANCA
Tel: 23.54.49 / 88.89.18

One Brugia Aiche

maphar
Zi Zeratt An Sebaâ Casablanca Maroc
FORLAX 10G SAC B20
P.P.V : 73,50 DH
6118001181193

73.50

1) Forlax

2 sachet/j à la dose quotidienne.

2) Alphlorex

1 gél/ j Peine -

19.60

3) Hémofastidine + suppo

14.50

1 suppo entobéde de crème x 2/j

39. N

03 gél

4) Diprosone

1 gél/j Peine

Importateur Exclusif
BIOCODEX MAROC
B.P 126 Nouaceur
www.biocodex.ma
P.P.C.: 245,00 DH
CE N°: 34757/2019/DMP

Signature

Dr Asmae El KHADIR
Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie
22, Bd Yacoub El Mansour, Résidence Espace El Mansour, Bureau N°6, Maarif - CASABLANCA
Tél. : 0522 23 35 82 / GSM : 0667 95 72 24
Email : docteur.elkhadir@gmail.com

LOT : 666
PER : JAN 2024
PPV : 32 DH 50

22، شارع يعقوب المنصور، إقامة فضاء المنصور مكتب رقم 6 معاريف - الدار البيضاء

22, Bd Yacoub El Mansour, Résidence Espace El Mansour, Bureau N°6, Maarif - CASABLANCA

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

Email : docteur.elkhadir@gmail.com

Dr Asmae EL KHADIR

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie
Ancienne Proctologue l'hôpital Saint Joseph - Paris, France
Ancienne interne des hôpitaux de Lille, France
Echographie et Endoscopie digestives
D.U Proctologie Médicale et Chirurgicale
D.U Maladies Inflammatoires chroniques de l'intestin
D.U Diététique médicale et Nutrition
D.U Réanimation Hépatique



الدكتورة أسماء الخضير

أخصائية أمراض الكبد و الجهاز الهضمي
طبيبة سابقاً بمركز أمراض وجراحة المخرج
مستشفى سان جوزيف، باريس - فرنسا
طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي، ليل - فرنسا
التشخيص بالمنظار الداخلي و الصدى
أمراض وجراحة المخرج
التغذية و الحمية

Mme Bougja Aicha.

Facture du 06/04/2021

- Consultation : 300DH

- Examen proctologique : 400DH

Dr Asmae El Khadir
Tél: 0522 23 35 82 / GSM: 0667 95 72 24 - E-mail: docteur.elkhadir@gmail.com
E-mail: dr.elkhadir@centrepractologie.com - Site web : www.centrepractologie.com

22, Bd Yacoub El Mansour, Résidence Espace El Mansour, Bureau N°6, Maarif - Casablanca
Tél: 0522 23 35 82 / GSM: 0667 95 72 24 - E-mail: docteur.elkhadir@gmail.com
E-mail: dr.elkhadir@centrepractologie.com - Site web : www.centrepractologie.com
22 شارع القوية المنصور، إقامة فضاء يعقوب المنصور، مكتب رقم 6، معاريف - الدار البيضاء
الهاتف: 0522 23 35 82 / المحمول: 0667 97 72 21 البريد الالكتروني . com docteur.elkhadir@gmail.com

Dr Asmae El KHADIR

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie
Ancienne Proctologue à l'hôpital Saint Joseph-Paris, France
Ancienne Interne des hôpitaux de Lille, France
Echographie et Endoscopie digestives
D.U "Proctologie Médicale et Chirurgicale"
D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'intestin"
D.U "Diététique médicale et Nutrition"
D.U "Réanimation Hépatique"



الدكتورة أسماء الخضير

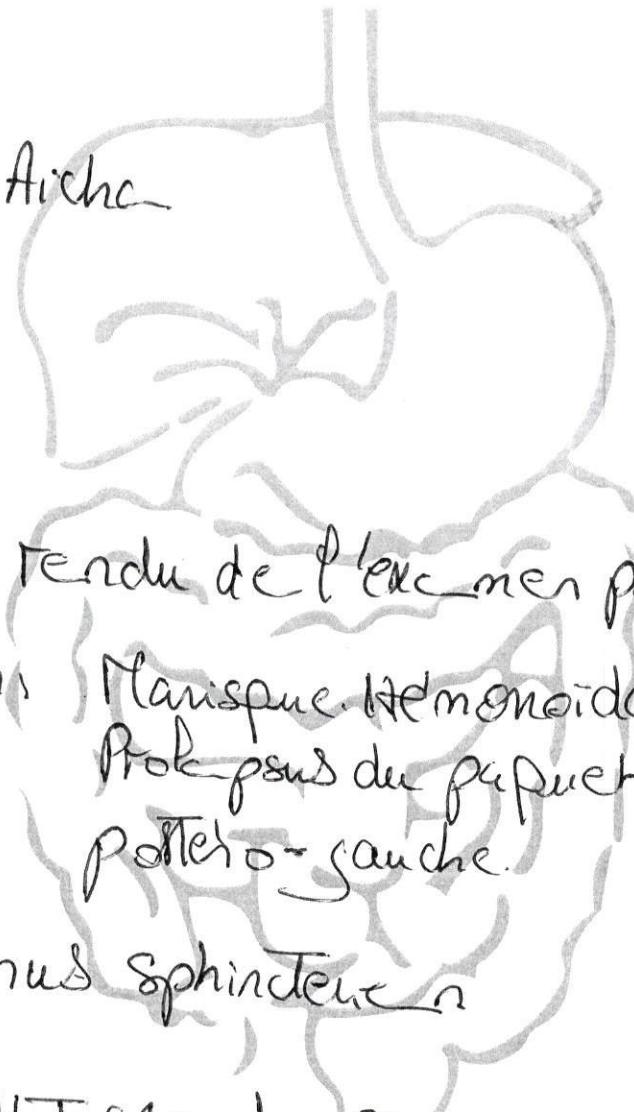
أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي

طبيبة سابقاً بمركز أمراض و جراحة المخرج، مستشفى سان جوزيف - باريس - فرنسا
طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي ، ليل - فرنسا
التشخيص بالمنظار الداخلي والصدى
أمراض و جراحة المخرج
التغذية والحمية

Casablanca le :

06/04/2021

- 1^{me} Bougie Aïcha
- 34 ans
- Proctalgies



Compte Rendu de l'examen proctologique.

- A l'inspection : Planisue hémorroïdaire.
Prolapsus du parquet hémorroïdaire.
Potho-gauche.
- TR, Bon Tonus sphincterien
- Auscultation : - Hypoactive
- Flux rectal rectale 10 cm est d'aspect normal

22, Bd Yacoub El Mansour, Résidence Espace El Mansour, Bureau N°6, Maarif - CASABLANCA

Tél. : 0522 23 35 82 / GSM : 0667 95 72 24 - Email : docteur.elkhadir@gmail.com

Email : dr.elkhadir@centrepotologie.com - site web : www.centreprotologie.com

22، شارع يعقوب المنصور ، إقامة فضاء المنصور مكتب رقم 6 معاريف - الدار البيضاء

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