

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **macie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **ologie 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.

## **que :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **taire :**

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.

## **adie 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](http://www.mupras.com)

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 2343 Société : 77615

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : BACHRY TOSIATA

Date de naissance : 14.2.1951

Adresse : Cité Almussina IMB 60 N 6

HM Cas 8

Tél. 06 61 18 19 88 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  **Lui-même**  **Conjoint**  **Enfant**

Nature de la maladie : ..... verti gis

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 : 3/07/2021

Le : 3/07/2021

Signature de l'adhérent(e) : .....

## 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
16 juil 2011	Conseil		15000 1A	<i>Diplôme d'Institut de Radiologie</i> <i>TAFFEL KHOTFI</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DR</i>	16/06/11	270,40 84

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

## 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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to				

# DR. ELKHOTFI TARIK

Lauréat de la Faculté de Médecine et de  
Pharmacie Casablanca  
Diplômé Universitaire de suivi de grossesse  
Infertilité Gynécologie Univ. Bordeaux (France)  
Diplôme Universitaire de Diabétologie et  
Nutrition Univ. Bordeaux (France)  
Ancien Médecin hôpital Errazi BERECHID

## د. الخطفي طارق

خريج كلية الطب و الصيدلة الدار البيضاء  
دبلوم في داء السكري جامعة بوردو (فرنسا)  
دبلوم في تبع الحمل - العقم  
أمراض النساء والتوليد  
جامعة بوردو (فرنسا)  
طبيب سابق بمستشفى الرازي برشيد

### ORDONNANCE

18 JUIN 2021

Nom:

M. Bachir Maoustafa

21.3.0

Le:

1) Tana kon



PPV:20DH00  
PER:12/23  
LOT:J2926

ZINASKIN® 30 Comprimés effervescents

LOT 000652  
EXP 12/2023  
PPV 23DH30

2) Zinaskin 15



66,00

3) Aztimyl



66,00

4) Locot



5) Dali



طريق ولد عيسى تجزئة الجبودي سيدى اسماعيل قرب صيدلية الرفاق

Tél : 07 67 65 07 50

E-mail : t.elkotfi@gmail.com

58 58 58

Logi & Logi

Logi



tel: 02-62 65 07 50  
Diplome Diabulmologie et Gymnastique

Dr. TARIK ELKHOTFI

24. 3. 1982





15 gélules - **Sans gluten**

Complément alimentaire

Lot/À consommer  
de préférence avant f

X1010 1224  
LOT PER

Prix

89.50

3 700221 339503