

## 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 |

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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-615438



Maladie     Dentaire     Optique     Autres

✓ Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **12074** Société : **KAD**

Actif     Pensionné(e)     Autre

Nom & Prénom : **DOUKHABA khadija**

Date de naissance : **20/10/1978**

Adresse : **ACCEUIL INPE**

Tél. : **05 22 36 58 91**

Total des frais engagés : **867,10 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **INPE: 091122440**

Dr. SAIDK Fouzia  
Tél: 05 22 36 58 91 Casablanca  
104, Rue Mimouza Hay Erha

Date de consultation : **20/10/2010**

Nom et prénom du malade : **Dr DORRHAM khadija**

Age : **32**

Lien de parenté :  Lui-même     Conjoint     Enfant

Nature de la maladie : **DR Bpiastrique + colopathie**

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**

Signature de l'adhérent(e) : **Doukhaba**

Le : **31/10/2010**



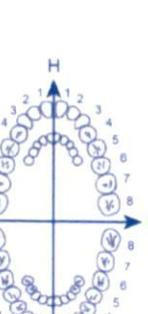
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/07/2022	AC 1	01	200,00	INP : 091122440 04, Rue Minouza Hdy Errifzouna Médecin : SADIK El Ouardi Signature : SADIK El Ouardi
27/07/2022	AC 1	01	Dr. SADIK EL Ouardi	INP : 091122440 04, Rue Minouza Hdy Errifzouna Médecin : SADIK El Ouardi Signature : SADIK El Ouardi

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Technicien	Date Tél: 05 12 35 22	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE BENNOUINA Casablanca - Maroc - 06 13 11 00 00</b>	27/01/13	€ 67,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

**VIOLET ADHERENT**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

# الدكتورة صديق فوزية

Docteur SADIK Fouzia

Médecine Générale  
Echographie Générale

104, Rue Mimosas (ex Rue des Ecoles)  
1er Etage - Beauséjour  
Casablanca - Tel. : 05 22 36 58 91

الطب العام  
الفحص بالصدى

104، زنقة ميموزا (زنقة المدارس سابقاً)  
الطابق الأول - بوسيجور

05 22 36 58 91 :

PPV  
34DH00

Casablanca, le .....

31 جول 2022

الدار البيضاء ، في

Hme

DOURRAHAN Khadija

34,00

- Osmosone (5g) 80

89,90

- Tiss 3fis / 15 g 50

~~Lixifor~~ / 100

~~Tansyl~~ / 100



19,60

1 gr 3fis

- Daflon 7g

7gr 2fis

PHARMACE BENNOUAR  
Dr. Othmane BENNOUAR  
Centre Commercial Casaview  
Nassim Isiane - Casablanca  
Tel: 0522 69 64 64 MTG: 0613 13 50 00

Haemoflant 50g / 100g  
application (2fis / 1g)

19,60 - 1 cpl, The Dr. SADIK Fouzia  
Dr. SADIK Fouzia  
Médecin  
104, Rue Mimosa Ray Erraha  
Tel: 05 22 36 58 91 Casablanca

50

Hemofast®  
Pommade

TRANSYL

LOT : CA182A

DLUO : 12/2024

PPC : 89.90 DH

PHARMA CONNECT

19,60

19,60

19,60

19,60

19,60

19,60

19,60

19,60

19,60

19,60

19,60

19,60

19,60

19,60

19,60