

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.

**MUPRAS** : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-764367

242431

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6638 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KHALFI ELNESTAPHA

Date de naissance : 1962

Adresse : CASA

Tél. : 0661066938 Total des frais engagés 300 + 178,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/12/2022

Nom et prénom du malade : I H Y Aoui - NAÏMA EL ELKHARIT

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

Nature de la maladie : Digestive

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 : 21/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

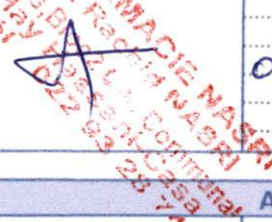


# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/12/22	G		300DH	INP : 09 M 77774

**DR. CHAZALA FATIMA AZZAM**  
 HEPATO-GASTROENTEROLOGUE  
 ET PROCTOLOGUE  
 545 angle bd Zouine et bd medjebekia - Casablanca  
 TEL: 05 22 29 61 57

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/12/22	178,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

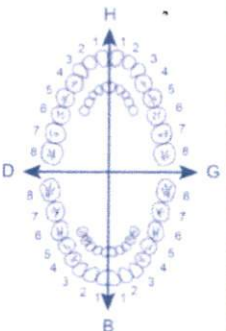
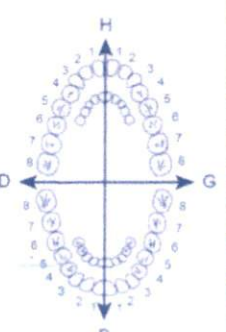
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Fatima Azzahra IBN GHAZALA

**Spécialiste en Hépatologie - Gastro -  
Enterologie & Proctologie**

- Hépatite virale, Estomac, Vésicule biliaire  
Intestins et colon irritable
- Proctologie médicale et chirurgicale
- Diplôme d'échographie
- Fibroscopie digestive et coloscopie
- Ancien Médecin au CHU Ibn Rochd



PRODEFEN  
Complément alimentaire

Lot :  
Date de Fab :  
Date de Pér :  
PPC : 99 Dhs

133724  
02.2022  
01.2024

**اختصاصية في أمراض الجهاز  
الهضمي، الكبد و أمراض المخرج**

- التهاب الكبد الفيروسي، المعدة، المرارة  
و الأمعاء و القولون العصبي
- أمراض المخرج و جراحة البواسير
- دبلوم الفحص بالصدى
- المنظار الداخلي
- طبيبة سابقة بالمركز الإستشفائي ابن رشد

Casablanca, le : 21/12/2022

M<sup>re</sup> : Ihyani Nawia

1) Dr. Rougier Gao

15/1/2

99,0

2) Rougier Gao

30,0 15/1/2 10/5

3) Argo

178,50 15/1/2 20/5

COOPER PHARMA  
PPC: 49,00 DH  
poids net / net weight : 3,9 g

LOT : 1723  
UT AV : 08 - 25  
P.P.V : 30 DH 50

**ARGO**

Alginat de sodium/Bicarbonate de sodium

250 ml  
Suspension  
buvable  
Voie orale

PHARMACIE NASRI  
Dr. Rachid NASRI  
15bis, Bloc 2 Cité Comm  
Hay Hassani-0  
tel 022 93

0522 28 61 57 docteuribnghazala@gmail.com

548 ملتقى شارع 2 و شارع موديبوتيك - إقامة السنة رقم 13 الدار البيضاء (أمام مسجد السنة)

548,angle bd 2Mars et bd modibokeita, Res. Assounna app 13 (devant mosquée Assounna)