

## 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.

N° W21-780932

AS2257  
M9factur  
Prev-

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent(e)	
Matricule : <b>A2977</b>	Société :
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <b>HADJI HASNA</b>	
Date de naissance : <b>14-08-1989</b>	
Adresse : <b>RUE 78. N° 86 OULFA, CASABLANCA</b>	
Tél. : <b>0666-123-217</b>	Total des frais engagés : <b>545,20</b> Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	<b>Dr. Latifa ABOUJIDA</b> MEDECINE GENERALE ECHOGRAPHIE 241, Bd. Oued Tansift - El Oulfa Tél. : 05 22 91 56 73 CASA - 2020
Date de consultation :	<b>09/08/2023</b>
Nom et prénom du malade :	<b>Hadjji Hasna</b>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>Affection Respiratoire + Douleur abdominale</b>
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 / 03 / 2023**

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
16/03/23 C. P. J. K20			1 00,00 + 200,00	INP : 091001230.  Dr. Latifa ABOUJIDA MEDECINE GENERALE ECHOGRAPHIE Lyon 7ème arrondissement

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>PHARMACIE EL OUF 13, Bd. Oufella - 78100 Versailles</i>	<i>09/02/2014</i>	<i>6123</i>	<i>245,70</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Carnet et signature du Particien	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.																
<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"/>												
				CŒFFICIENT 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		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																

**Docteur Latifa Aboujida**

MEDECINE GENERALE

**ECHOGRAPHIE**

Diplômée de l'Université de  
Montpellier (France)

Ex. Médecin - Chef de C.S.U.



**الدكتورة لطيفة أبو جيطة**  
**الطب العام**

**الفحص بالإيكوغرافيا**

**خريجة جامعة مونبولي (فرنسا)**

**طبيبة رئيسية لمركز صحي سابق**

**حاصلة على دبلوم أمراض النساء**

**جامعة ستراسبورغ (فرنسا)**

**GYNÉCOLOGIE MÉDICALE**

U. L. P. Strasbourg

Casablanca, le

06 / 01 / 23.

PHARMA  
Mme. A. J. J.  
313, Bd. T. H. S.  
Casablanca

9<sup>th</sup> Hajji Hasna

A.S

95.00

→

Effloxin 500 =

Lot : LOT : 220192  
PPV : EXP : 02/2027  
Exp : PPV : 95,00 DH

79.00

→

Apixol = 1cc

Apixol®  
avant 10. 09/2025  
PPC: 79,00 DH

60.00

Zinaskin 45 = 1cc

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90 EXP 06/2025  
LOT 10058 50

53.00

vit C 1000 = 1

20 comprimés effervescents

15.00

Panalogic 500

PANALGIC® 500 mg/50 mg

Paracétamol-Caféine  
16 Comprimés

EXP 09 2024  
PPV 15. 00

945.00

R ABOUJIDA LATIFA  
241.BD OUED TANSIFT  
OULFA- CASA

Casablanca le 09/01/2023

## ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

- Foie homogène de taille normale de contours réguliers .
- Vésicule biliaire libre à paroi fine.
- Tronc porte et voie biliaire principale libres et de calibre normal.
- Absence de dilatation des voies biliaires intra hépatiques.
- Veines sus-hépatiques de calibre normal.
- Les deux reins sont de taille normale, de contours harmonieux, bien différenciés.
- Rate homogène de taille normale.
- Pancréas de taille normale.
- Absence d'ascite.
- absence d'adénopathie profonde.

**Au total : échographie abdominale sans anomalie.**

Dr. Latifa ABOUJIDA  
MEDECINE GENERALE  
ECHOGRAPHIE  
241, Bd. Oued Tansift - El Oulfa  
Tél. : 05 22 91 56 77 - CASA - 20220

