

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-651026

755109

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10843

Société : RAT

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BERRAS ELHAA

Date de naissance : 18/12/1975

Adresse : 6 Rue de Brucelles 22

Tél. : 0661144840

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. A. EL KHALIFA
Gastro-Entérologie - Proctologie
Rés. Les Fleurs 59, Bd. Zerkrouni
Casablanca - Tél : 05 22 20 24 22

Date de consultation : 16/01/2023

Nom et prénom du malade : BERRAS ELHAA

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Hémonidrose

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 :

Le : / /

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
16/11/2023	C.S. → examen Procto →		300,00 Dhs 300,00 Dhs	INP : 091181032

DR. A. EL KHALIFA
Gastro-Entérologie - Proctologie

Rés. Les Fleurs 59, Bd. Zerkouni
Casablanca - Tél : 05 22 20 24 22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/11/2023	624,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

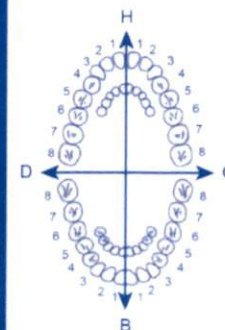
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

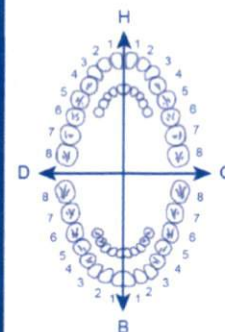
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT

MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. EL KHALIFA Asma

GASTRO-ENTEROLOGUE
Proctologie - Endoscopie digestive
Echographie



دكتورة الخليفة أسماء

أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي والكبد
أمراض المخرج (البواسير) - الفحص بالمنظار
الفحص بالصدى

Casablanca, le :

Casablanca le 16/01/2023

Mme berras ilham

Consultation médicale spécialisée : 300 dhs

Examen proctologue : 300 dhs

Total a payé : 600 dhs

DR. A. EL KHALIFA
Gastro-Entérologie - Proctologie
Rés. Les Fleurs 59, Bd. Zerktouni
Casablanca - Tél : 05 22 20 24 22

59 boulevard Zerktouni, Rés les Fleurs 2 ème étage.

Tél. : 05 22 20 24 22

Email : docteurkhalifa@gmail.com

59، شارع الزرقطوني، إقامة الزهور، الطابق الثاني

الهاتف : 05 22 20 24 22

البريد الإلكتروني : docteurkhalifa@gmail.com

Dr. EL KHALIFA Asma

GASTRO-ENTEROLOGUE
Proctologie - Endoscopie digestive
Echographie



دكتورة الخليفة أسماء

أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي والكبد
أمراض المخرج (البواسير) - الفحص بالمنظار
الفحص بالصدى

Casablanca, le : 16.01.2023

Mme BERRAS Ilham

201,00
1 - DAFLON 1000 MG

PPV 14.50 DH
LOT 6028 PER 04/24
6 Suppositoires

Prendre 1 cp le matin, à midi et le soir, pendant 4 jours.
puis prendre 1 cp le matin et le soir, pendant 3 jours.
puis prendre 1 cp par jour, pendant 7 jours.

19,60
2 - HEMOFAST CREME + SUPPO

Hemofast
Pommade

19,60

1 suppo enrobé de crème x2/j pendant 3 semaines

DUOXOL 500mg/2mg
Boîte de 20 comprimés
علبة من 20 قرصا

3 - DERMASEPT CREME

Faire 1 application le matin et le soir.

37,00
4 - DUOXOL CP

Prendre 2 Cp le matin, à midi et le soir (si douleurs)

61,00
5 - SEDASTERIL LOTION LAVANTE

1 BAIN DE SIEGE LE SOIR

59 boulevard Zerktoni, Rés les Fleurs 2^{ème} étage.

Tél. : 05 22 20 24 22

Email : docteurkhalifa@gmail.com

59, شارع الزرقطوني، إقامة الزهور، الطابق الثاني

الهاتف : 05 22 20 24 22

البريد الإلكتروني : docteurkhalifa@gmail.com

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

Dr. EL KHALIFA Asma

GASTRO-ENTEROLOGUE
Proctologie - Endoscopie digestive
Echographie



16 Janvier 2023

دكتورة الخليفة أسماء

أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي والكبد
أمراض المخرج (البواسير) - الفحص بالمنظار
الفحص بالصدى

BERRAS Ilham

INDICATION: SENSATION DE BOULE ANALE

COMPTE RENDU D EXAMEN PROCTOLOGIQUE

Inspection : Thrombose hémorroïdaire non oedématisée fissurée surinfectée

Toucher rectal : Doigtier revient propre
Bon tonus sphinctérien

Anuscopie : RAS

Rectoscopie : RAS

CONCLUSION :

THROMBOSE HEMORROIDAIRE NON OEDEMATIEE

Dr EL KHALIFA Asma

DR. A. EL KHALIFA
Gastro-Entérologie - Proctologie
Rés. Les Fleurs 59 - Bd. Sidi El
Casablanca - Tél : 05 22 11 11 11