

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° W21-651026

ASS109

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 10843		Société : RAT	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom : BERRAS JEHAD			
Date de naissance : 18/12/1975			
Adresse : 106 Rue de Bruxelles N°22 5ème étage CASA			
Tél. : 0661144840 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<p>DR. A. EL KHALIFA Gastro-Entérologie - Proctologie Rés. Les Fleurs 59, Bd. Zerktouni Casablanca - Tél : 05 22 20 24 22</p>			
Date de consultation : 16/01/2013			
Nom et prénom du malade : BERRAS JEHAD Age :			
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Hernioradikine			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



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
16/11/2023	C. S. Examen Procto.	→ 300,00.Dhs 300,00.Dhs	→ 300,00.Dhs 300,00.Dhs	INP : 09-118-1032
				DR. A. EL KHALIFA Gastro-Enterologie, Proctologie Rés. Les Fleurs 59, Bd. Zektaoui Casablanca - Tel : 05 22 20 24 22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE 18, Rue Mouloud Mammeri Tel: 05 22 20 24 22	16/11/2023	626,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

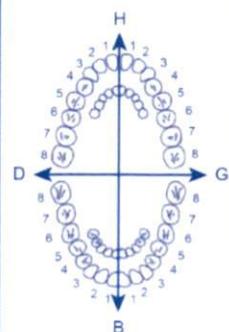
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

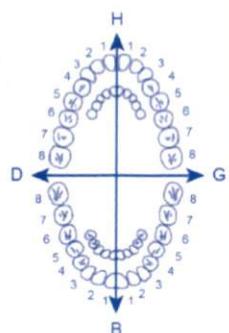
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(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 المخ (البواسر) - 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-Enterologie - Proctologie
Rés. Les Fleurs 59, Bd. Zerkouni
Casab. .ca - Tél : 05 22 20 24 22*

59 boulevard Zerkouni, Rés les Fleurs 2 ème étage.

Tél. : 05 22 20 24 22

Email : docteurelkhalifa@gmail.com

59، شارع الزرقطوني، إقامة الزهور، الطابق الثاني

الهاتف : 05 22 20 24 22

البريد الإلكتروني : docteurelkhalifa@gmail.com



Casablanca, le : 16.01.2023

Mme BERRAS Ilham

201,00

1 - DAFLON 1000 MG

PPV 14.50 DH
 LOT 6028 PER 04/24

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.

2 - HEMOFAST CREME + SUPPO

1 suppo enrobé de crème x2/j pendant 3 semaines

3 - DERMASEPT CREME

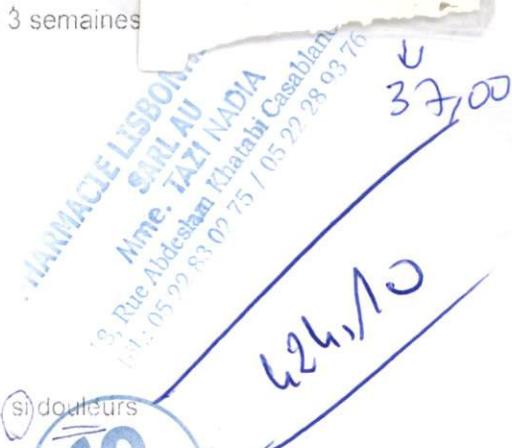
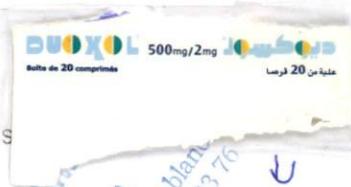
Faire 1 application le matin et le soir.

4 - DUOXOL CP

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

5 - SEDASTERIL LOTION LAVANTE

1 BAIN DE SIEGE LE SOIR



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 (ال بواسر) - الفحص بالمنظار
الفحص بالصدى

BERRAS Itham

INDICATION: SENSATION DE BOULE ANALE

COMPTE RENDU D EXAMEN PROCTOLOGIQUE

Inspection : Thrombose hémorroïdaire non oedématiée fissurée surinfectée

Toucher rectal : Doigtier revient propre
Bon tonus sphinctérien

Anuscopie : RAS

Rectoscopie : RAS

CONCLUSION :

THROMBOSE HEMORROÏDAIRE NON ODEMATIÉE

Dr EL KHALIFA Asma

DR. A. EL KHALIFA
Gastro-Entérologue
Rés. Les Fleurs 59
Casablanca - Tel: 0524 22 12 12