

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.



187 529

Déclaration de Maladie

M23- N° 0030594

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3238 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : B. DITE NAIMA
Date de naissance : 1950
Adresse : 2, Rue Prospère Meunier
RES ZARA VAL FLEURI
Tél. 0661425140 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 15/12/2023
Nom et prénom du malade : B. DITE NAIMA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : 15/12/2023
Signature de l'adhérent(e) :

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

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
15/12/23	Echographie abdominale		300 DH 300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/12/23	91700

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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															
				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. Asmae EL KHADIR

Spécialiste en Hépto-Gastroentérologie
Ancienne Proctologue à l'hôpital Saint Joseph - Paris, France
Ancienne interne des hôpitaux de Lille, France
Echographie et Endoscopie digestives
D.U "Proctologie Médicale et Chirurgicale"
D.U "Maladies inflammatoires Chroniques de l'intestin"
D.U "Diététique médicale et Nutrition"
D.U "Réanimation Hépatique"



الدكتورة أسماء الخضير

أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي
طبيبة سابقا بمركز أمراض وجراحة المخرج
مستشفى سان جوزيف - باريس - فرنسا
طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي، ليل - فرنسا
التشخيص بالمنظار الداخلي والصدي
أمراض وجراحة المخرج
التغذية والحمية

Casablanca, le :

12/2/23

Mme Belike Ncman

1) Appareil
L'effort de mastication
de po à mouvoir
2) Extrême
L'effort de mastication

VITA
Pharmacie 100A - CASABLANCA
Tél: 05 22 35 43 63
Fax: 05 22 35 44 45
N° Ambulance: 100A
Val Mourir: 100A

Dr Asmae EL KHADIR
Spécialiste En Hépto-Gastroentérologie
El Proctologie
22 Bd Yacoub El Mansour, Résidence Espace El Mansour, Bureau N° 6, Maarif - CASABLANCA
Tél: 05 22 35 82 / GSM: 0667 95 72 24

22, شارع يعقوب المنصور، إقامة فضاء المنصور مكتب رقم 6 - الدار البيضاء
22, Bd. Yacoub El Mansour, Résidence Espace El Mansour, Bureau N° 6, Maarif - CASABLANCA
Tél.: 0522 23 35 82 / GSM : 0667 95 72 24
Email : docteur.elkhadir@gmail.com

Dr. Asmae EL KHADIR

Spécialiste en Hépto-Gastroentérologie
Ancienne Proctologue à l'hôpital Saint Joseph - Paris, France
Ancienne interne des hôpitaux de Lille, France
Echographie et Endoscopie digestives
D.U "Proctologie Médicale et Chirurgicale"
D.U "Maladies inflammatoires Chroniques de l'intestin"
D.U "Diététique médicale et Nutrition"
D.U "Réanimation Hépatique"



الدكتورة أسماء الخضير

أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي
طبيبة سابقا بمركز أمراض وجراحة المخرج
مستشفى سان جوزيف - باريس - فرنسا
طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي، ليل - فرنسا
التشخيص بالمنظار الداخلي والصدى
أمراض وجراحة المخرج
التغذية والحمية

Casablanca, le

15/12/23

Mme Bdite Nema

Facture du 15/12/23

- Consultation 300 DH
- Echographie abdominale 300 DH

Dr ASMAE EL KHADIR

22, boulevard yacoub el mansour. Espace El
mansour, bureau N 6
Telephone: 0522233582
Fax:
Site internet:



Nom: Bdite, Naima
ID: 20231215-100728-C0E7
Age: 73 Ans
Sexe: Femme

ABD Adulte
Date exam: 15/12/2023
Equipeement utilise: MINDRAY DC-30

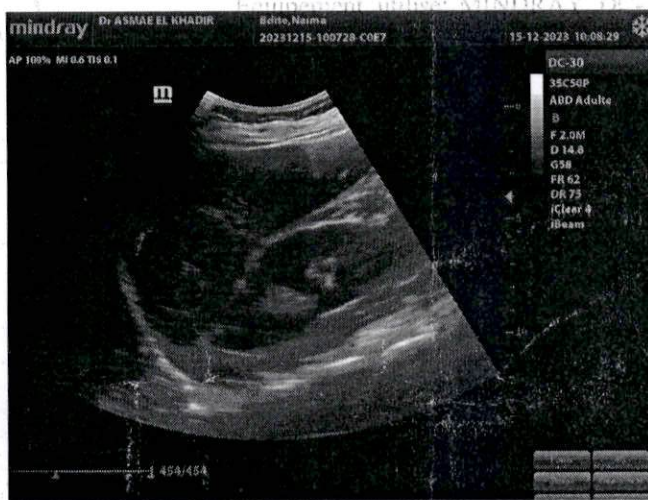
Abdomen - 1 / 2 Page

Mesures 2D

Canal Chol.: 0.70cm

Rate: 10.16cm

Image ultrason





Nom: Bdite, Naima
ID: 20231215-100728-C0E7
ABD Adulte
Date exam: 15/12/2023

Age: 73 Ans

Sexe: Femme

Abdomen - 2 / 2 Page

Image ultrason



- Comment.: - Foie de taille normale, homogene et de contours reguliers
- Vesicule biliaire non vue (patiente cholecystectomisee)
- VBP est legerement dilatee sans lithiase visible
- TP est de calibre normal
- Pancreas est d aspect normal
- Rate est d aspect normale
- Aerocolie

Signature:

Date sign.: 15/12/23