

## 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 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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

Nº W19-409240

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

2572

Société :

RAM

Conjoint

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0674456542

Total des frais engagés :

700

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

16.06.2019

Nom et prénom du malade :

MOUKHRIF NAJAT

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Problèmes digestifs

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

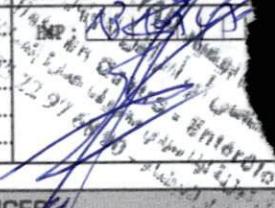
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

- J'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare  
- l'usage relative à la protection des données personnelles.

Le :



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Membre du Conseil d'Ordre
14.6.19	G	A	G	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

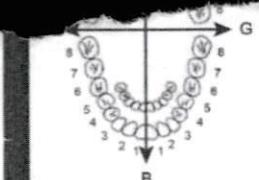
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

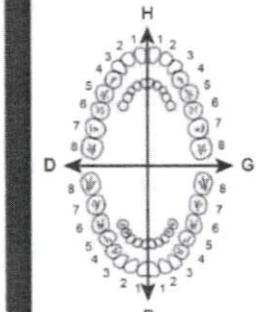
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
B	



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VOLET  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

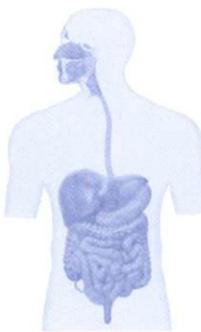
DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

## Docteur Salim BOUAYAD

## Ancien Interne des Hôpitaux du Maroc

**SPECIALISTE GASTRO-ENTEROTOGUE  
MALADIES DE L'ESTOMAC, INTESTINS  
ET FOIE, HEMORROIDES**



الدكتور سليم بوعياد

## داخلي مستشفيات المغرب سابقاً

### اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

### أمراض المعد والأمعاء والكبد والبواسير

# UREA BREATH TEST ANALYSIS

Casablanca, le ..... ٢٠١٩

## HELICOSENSE SCIENTIFIC

**Nom et Prénom: MOUKHRIF NAJAT**

**Date de naissance:** 30/06/1959

## Visite N° : 1

Date : 14/06/2019

II	1.05
C1	0.93
C2	0.98



#### **Infection index meaning:**

0 - 1.0 - negative

1.01 - 1.10 - slightly positive

1.11 and higher – positive

#### **RESULTAT DU TEST RESPIRATOIRE: POSITIVE**

**Dr SULTAN BOUAYAD** طبيب اسنان  
مختص في جراحة العظام والغضروف  
**Spécialiste en orthopédie - Entréologie**  
**وكذلك جراحة العظام**  
Tél: 03 72 37 99 00 الشارع ابن الخطيب

عيادة : 136 تجزئة فرج سيدى معروف ( عمارة اتصالات المغرب ) ، الدار البيضاء-الهاتف: 0522976800 -fax: 0522976801  
Cabinet :136, lotissement Faraj sidi maarouf (Immeuble d'itissalat Al Maghrib),Casablanca  
Tel:6522 97 68 00 - Fax :0522 97 68 01

**Docteur Salim BOUAYAD**

Ancien Interne des Hôpitaux du Maroc

**SPECIALISTE GASTRO-ENTEROLOGUE  
MALADIES DE L'ESTOMAC, INTESTINS,  
FOIE, HEMORROIDES**



**الدكتور سليم بوياط**

داخلي مستشفيات المغرب سابقًا

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

أمراض المعدة والأمعاء والكبد والبواسير

Casablanca, le : ..... الدار البيضاء في :

14.06.2019

## **RECUS**

<b>RECU DE</b>	<b>MME MOUKHRIF NAJAT</b>
<b>LA SOMME DE</b>	<b>SEPT CENTS DIRHAMS</b>
<b>POUR</b>	<b>TEST A L'UREE</b>
<b>COTEE</b>	<b>B1050</b>

*Dr. Salim BOUAYAD*  
 الداياتي سليم بوياط  
 اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي  
 SPECIALISTE EN GASTRO-ENTEROLOGIE  
 عيادة 136، لوتissement Lina، Sidi Maârouf (Immeuble C.N.S.S.) - Casablanca  
 Tel : 05 22 97 68 00 - Fax : 05 22 97 68 01

عيادة : 136 نجربة لينا، سيدى معروف (عمارة الضمان الاجتماعي)، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 97 68 01 - الفاكس : 05 22 97 68 00

Cabinet : 136, Lotissement Lina, Sidi Maârouf (Immeuble C.N.S.S.) - Casablanca

Tél : 05 22 97 68 00 - Fax : 05 22 97 68 01