

# 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.

## Diagnostique 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse 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

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



## Déclaration de Maladie

N° P19-0034885

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2324 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ABDERRAHMANI HASSANI Hounya  
Date de naissance : 05-01-1955  
Adresse : BLOC 17 NR 271 HAY TOUTIAT FES  
Tél. : 0672668651 Total des frais engagés : 400 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 28/08/2019  
Nom et prénom du malade : Serghini Nourou Age: 23 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Affection digestive  
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 : Fes

Le : 28/08/2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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
28.08.19	CS		200,00	
28.08.19	E.p.m. 10		200,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# 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
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  00000000  35533411  <b>G</b> </div> </div> <b>B</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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



# د. أنس حمودان

## DR ANAS HAMOUDAN

Ancien attaché au service d'hépatogastro  
CHU Hassan II de Fès  
Ancien interne - Assistance Publique  
des Hôpitaux de Paris

طبيب ملحق سابقاً بمصلحة الجهاز الهضمي  
بالمركز الاستشفائي الجامعي بفاس  
طبيب سابق بمستشفيات باريس



Fès le : 28/08/2019

Mlle SERGHINI NOUHA

### Note d'honoraire

Désignation	Montant
EXAMEN PROCTOLOGIQUE	200,00
CONSULTATION	200,00
<b>Total Honoraires en Dirham</b>	<b>400,00</b>



64 شارع محمد السلاوي مكتب رقم 6 الطابق 1 - فاس

64, Av. Mohammed Slaoui, Bureaux des palmiers N° 6, Etage N° 1 - Fès

CABINET : 05 35 94 31 00 - URGENCE : 06 66 51 64 74 - E-mail : gastrofes@gmail.com





# د. أنس حمودان

## DR ANAS HAMOUDAN

Ancien attaché au service d'hépatogastro  
CHU Hassan II de Fès  
Ancien interne - Assistance Publique  
des Hôpitaux de Paris

طبيب ملحق سابقاً بمصلحة الجهاز الهضمي  
بالمركز الاستشفائي الجامعي بفاس  
طبيب سابق بمستشفيات باريس



Examen réalisé le : 28/08/2019

### EXAMEN PROCTOLOGIQUE

Mlle SERGHINI NOUHA

Né (e) le 25/05/1996 23 ans

#### Indications:

#### Technique:

#### Resultat:

#### Inspection

Présence de plusieurs lésion compatible avec des condylomes péri anaux  
étendue jusqu'à la ligne pectinée.  
pas de fissure pas de fistule.

#### Touche rectal

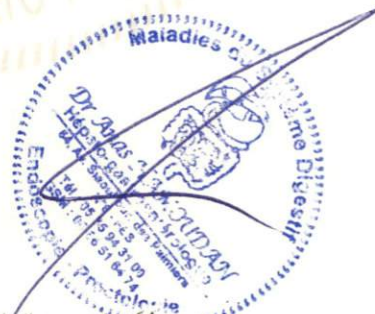
Non douloureuse doigtier propre.

#### Anuscopie :

L'examen faite jusqu'à 07 cm de la MA au delà la patiente mal préparé. La  
muqueuse est d'aspect normal pas de lésion MEE.

#### Conclusion

Condylome péri anaux étendue jusqu'à la ligne pectinée.



شارع محمد السلاوي مكتب رقم 6 الطابق 1 - فاس

64, Av. Mohammed Slaoui, Bureaux des palmiers N° 6, Etage N° 1 - Fès

CABINET : 05 35 94 31 00 - URGENCE : 06 66 51 64 74 - E-mail : gastrofes@gmail.com.