

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 13225

Actif  Pensionné(e)

Nom & Prénom :

EL AFFAKI HALA

Date de naissance :

04/02/1995

Adresse :

Tél. : 06 48 1182 40 Total des frais engagés : 1049,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ghizlane BOUDEGGA  
Hépato-Gastro Entérologue-Proctologue  
158 Av. Omar Al Khayam 6<sup>e</sup> Etage N° 1-  
Beauséjour Casablanca  
Tél: 05 22 20 45 45

Date de consultation :

EL AFFAKI HALA

Age: 25

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie :

MUPRAS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

09 MARS 2020

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 :

de l'adhérent(e) :

Le : 05/103/2020

ACCUEIL SIEGE RAM

## 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
05.03.2019	C		G	INP : 091171959
				Dr. Ghizlane BOUDEC Hépato-Gastro Entérologue-Proc 158, Av. Omar Al Khayam 1er Etage

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
        	5/31/20	1049,10

## **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
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	<b>H</b>	25533412 00000000	21433552 00000000	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	<b>D</b>	00000000 35533411	00000000 11433553	<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
	<b>B</b>			<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
		<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Ghizlane BOUDEGGA

Spécialiste des maladies de l'appareil digestif.  
et du foie

Diplôme de Proctologie de l'Université de Rennes  
(hémorroïdes, fissure, fistule)

Endoscopie digestive

Certificat Universitaire d'échographie de Casablanca  
Ancienne interne au CHU Ibn Rochd



# الدكتورة غزلان بودخا

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي،

الكبد و أمراض المخرج

الشخص الداخلي بالمنظار

الفحص بالصدى

طبية داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد

Casablanca, le 05/03/2020 الدار البيضاء، في

124,60

ELAFFAKI

Hola

124,60

226,00

1) Zegerba 500 mg x 10

1 gel

ESAC HD

226,00

30 ml avant repos matin et 10 ml

30 ml avant petit déjeuner.

g6,80 1 gel 1 J 30 ml avant petit déjeuner.

64,10

2) Aximy 500 mg 1g

1sp x 2 J après repos matin et soir x 10

2x16000

3) Clari 500 mg

1sp x 2 J après repos matin et soir x 10

2x49,80

4) Flagyl 500 mg

1sp x 2 J après repos matin et soir x 10

2x59,00

5) Probiotis

1 sachet J à midi x 10

100,10

PHARMACIE  
PHARMINIUM  
Dr Amina TAHRI  
N°162, Lot Florida Casablanca  
Tel: 05 22 32 13 16  
Email: aminatahri78@gmail.com

شارع عمر الخيام، الطابق الأول، رقم 1، بوسيجور الدار البيضاء  
158, Av. Omar Al khayam - 1er étage, N° 1- Beauséjour - 20200 Casablanca

05 22 36 86 18 - boudegga.ghizlane@gmail.com

