

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

- 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 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



133434

Déclaration de Maladie : N° P19- 0004470

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11682 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL MAZOUNI Soufien Date de naissance : 15/01/1976
 Adresse : 189 RES Ferdaous GH17 ETG H N°17 ouffa Casablanca
 Tél. : 0665622276 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/09/2022
 Nom et prénom du malade : AP. HOSKAKIP Hanane Age : 37ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : gastro - intestinale

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 : 17/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
12/09/22	Gastro - Entérologue	1	400 DH	Dr Najwa FILALI GABA Gastro - Entérologue 88, Bd Oum Rabia Des Colles 1 ^{er} Etage N° 5 - Casablanca Tél : 0522 89 21 16 - Gsm : 0661 66 81

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ROCHDI 88, Bd Oum Rabia Des Colles 1 ^{er} Etage N° 5 - Casablanca Tél : 0522 89 21 16 - Gsm : 0661 66 81	12/9/22	486.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

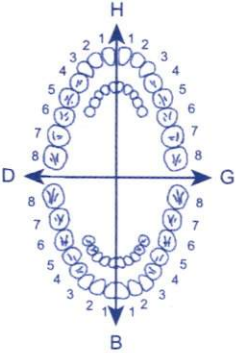
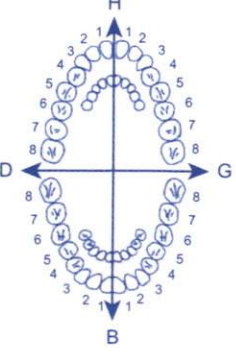
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

PRODEFEN[®]
Complément alimentaire

Lot: 123137
Date de Fab: 12.2021
Date de Pér: 12.2023
PPC: 99 Dhs

LOT: 220354
PER: 05/2027
PPC: 79,90DH

KALMAGAS[®]

الدكتورة نجوى الفيلالي بابة

أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي
أمراض وجراحة المخرج

(المعدة - الكبد - الأمعاء - البواسر)

طبيبة داخلية سابقاً بالمركز الإستشفائي ابن رشد

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى مونبيلي فرنسا

دبلوم في أمراض وجراحة المخرج بكلية الطب بمونبيلي

ALIVIAR[®] 50 mg
sulpiride

Ranciphex[®]
Rabeprazole sodique

ANCI 27,00
DIU PROCEDE DE LA FACULTE DE MONTPELLIER

PPV: 113 DH 70

Casablanca Le : 12 /09 /2022

ORDONNANCE

Mme Al Moutakil Hanan

Météospasmyl

2 deux/j avant repas

10 jours

Ranciphex 20mg

1 avant petit déj

14 jours

Prodefen sachet

1/j à jeun

15 jours

Kalmagaz

1 après chaque repas et au couché

15 Jours

Aliviar 50

1/j après diner

01 Mois

Paroxétine win

1/2 cp /j après diner

01 Mois

Dr Najwa FILALI BABA
Gastro - Enterologue
88, Bd Oum Rabii Rés. Colza 1^{er} Etage
N° 5 Hay Hassani - Casablanca
Tél : 0522 89 21 16 - Gsm : 0661 15 66 81

88, Bd, Oum Rabii, Rés-Colza, 1^{er} Etage N°5 Hay Hassani - Casablanca Tél.: 05 22 89 21 16 - 0661 15 66 81 - E-mail : filali_najwa@yahoo.fr

Urgence : 06 61 43 03 42

E-mail : filali_najwa@yahoo.fr - 05 22 89 21 16 - 0661 15 66 81 - الهاتف : 06 61 43 03 42 : المستعجلات