

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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage 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° W21-716302

138582

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 8662	Société : RAM	<input type="checkbox"/> Autres
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : SAHRAOUI KHALID		
Date de naissance : 27/06/1969		
Adresse : Hay chriifa, Rue 13, Résidence El baraka N° 16, Casablanca		
Tél. : 06-6157-16-45	Total des frais engagés : 1440,00	Dhs

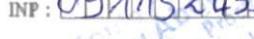
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Dr AREZDI Moulay Abdelmajid Hépato - Gastro Entérologue - Proctologue Rés. Ryad Al Firdaus, Oujda 2003, Imm. 1, 2e Et. N° 3, Bd 300 1000 - (Angle 3d Haïfa) AV. 1000 - CASABLANCA SAHRAOUI KHALID Age: 53		
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Infection intestinal		
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 : 15/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

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
15/11/22	C a g		30.90H	INP : 08N158439 
				 
				 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE CHAMPAIGNE N°600140TS HAMRAZ AV A CO MINI HOPACK - CASABLANCA N°600140TS HAMRAZ AV A CO	15/11/22	1140,00

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	

VOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																			
Le praticien est prié de préciser, au bas de l'acte, 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"/>															
				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 PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																			
				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. MY Abdelmajid AREZDI
 Hépato-gastro-entérologue-proctologue
 Echographie-endoscopie digestive
 Proctologie Médico-chirurgicale
 du en Homéopathie
 Diplômé de la faculté de Médecine de Rabat
 Ex médecin chef de service de médecine
 de l'hôpital Sekkat

DIGESTIVE CARE

الدكتور مولاي عبد المجيد أرزدي
 أخصائي أمراض الجهاز الهضمي
 أمراض الكبد - المعدة - الأمعاء
 أمراض و جراحة الشرج
 الفحص بالصدى و المنظار
 دبلوم جامعي في المعالجة بالأميبات
 خريج كلية الطب بالرباط
 رئيس قسم الطب بمستشفى السقطان سابقا

Casablanca, le 15/11/2022

Mr SAHRAOUI Khalid

SYSMETIX GELULES

1 GELULE LE MATIN AVANT PETIT DEJEUNER , pendant 3 mois

NOFLAT CP

1CP2 FOIS PAR JOUR AVT REPAS , pendant 2 mois



1/05/22 50 65 10 / 06 22 21 02 1P
 ANI CHOKE-CSA-SABLANCE
 N°6001OTS-HMRA2AV-AQDOS
 PHARMACEUTICAL CHARM CTR-1596
 bellavie

LOT: 22010B
 EXP: 01/2024
 PUC: 280.00DH
 Fabrication:
bellavie
 Rue E. Duoculot, 9b
 5060 Sambreville - Belgique

LOT: 22010B
 EXP: 01/2024
 PUC: 280.00DH
 Fabrication:
bellavie
 Rue E. Duoculot, 9b
 5060 Sambreville - Belgique

LOT: 22010B
 EXP: 01/2024
 PUC: 280.00DH
 Fabrication:
bellavie
 Rue E. Duoculot, 9b
 5060 Sambreville - Belgique

05 22 52 36 36
 06 13 13 00 16

(En face d'école bab andalouss)

Distribution:
HEALTH INNOVATION
 10 Rue Racine Valfleur, Maarif
 Casablanca Maroc
 +212 523 23 22 51
 Contact@healthinnovation.ma
 www.healthinnovation.ma
 N°Enregistrement au
 ministère de la santé
 2021/2012086/V1/DMP/CA/18

5 430001 608014

5 430001 608014

5 430001 608014

1، إقامة رياض القدس الطابق 2
 رقم 3، شارع القدس - البيضاء
 تقاطع شارع حيفاء
 (أمام مدارس باب الأندلس)