

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : <u>4622</u>		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>AS 293X</u>
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés :	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) : _____

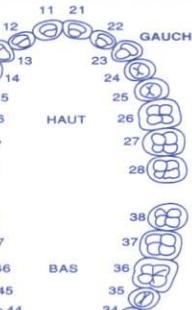
VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	
N° W21-797547	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricole : _____	
Nom de l'adhérent(e) : _____	
Total des frais engagés : _____	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

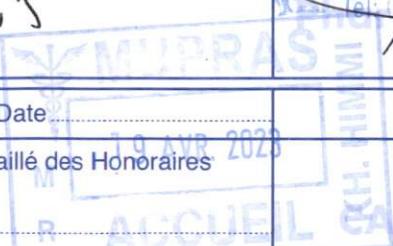
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient				
				Coefficient des travaux 			
				Montant des soins 			
				Début d'execution 			
				Fin d'execution 			
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux 			
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: top;"> $D \quad \begin{array}{ c c } \hline & H \\ \hline 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \\ \hline \end{array} \quad G$ </td><td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: top;"> $\begin{array}{ c c } \hline & G \\ \hline 21433552 & 11433553 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 11433553 & 21433552 \\ \hline \end{array}$ </td></tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding-top: 10px;"> (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession </td></tr> </table>	$D \quad \begin{array}{ c c } \hline & H \\ \hline 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \\ \hline \end{array} \quad G$	$\begin{array}{ c c } \hline & G \\ \hline 21433552 & 11433553 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 11433553 & 21433552 \\ \hline \end{array}$	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Montant des soins
$D \quad \begin{array}{ c c } \hline & H \\ \hline 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \\ \hline \end{array} \quad G$	$\begin{array}{ c c } \hline & G \\ \hline 21433552 & 11433553 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 11433553 & 21433552 \\ \hline \end{array}$						
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession							
				Date du devis 			
				Fin d'execution 			
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'execution					



P 14 / 19515

DATE DE DÉPÔT

133 104 12023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 4622	 <i>Signature de l'adhérent</i>
Nom & Prénom HAMRITI Bouchair			
Fonction RETRAITE	Phones 0655852234		
Mail bhamrili@gmail.com			
MEDECIN	Prénom du patient M. HAMRITI Bouchair		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	Date 04.04.2022
Nature de la maladie		Date 1ère visite 29.11.2006	
		<i>DNU (reflux)</i>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
<input type="checkbox"/> <i>✓</i>			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
C 2		300,00 Dhs	
PHARMACIE	Date 04.04.2023		
Montant de la facture			
<i>324,50</i>			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 10 AVR 2020	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	
 KADR PHARMACIE Docteur KADRI HASSAN SAID Douar Lezhamra-Botoum Tel. 05 22 45 38			
 H. HASSAN II CACHET			

Dr Mohamed HÉFFOUDHI

SPECIALISTE

DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF
(Estomac - Foie - Intestin - Hémorroïdes)
ENDOSCOPIE DIGESTIVE
ECHOGRAPHIE

الدكتور محمد حفوصي

اختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي
الفحص بالمنظار الداخلي
الفحص بالصدى

Casablanca le, 04/04/2023

Mr Hamriti Bouchaib

mêmes recommandations d'hygiène et régime

Alflorex -1bte

1 prise le soir vers 22 h (à midi apres le ramadan)

Refluxaid sticks 3 btes

loin des repas

Somnat

1 prise le soir au coucher



*Dr. HÉFFOUDHI-M
Gastro-Enterologue
résidence : A.H. n° 12 Rue Reaumur
Bd Abdelmoumen - Quartier des Hôpitaux
CASABLANCA - Tel.: 0522.200.104 / 105*

Importateur Exclusif
BIOCODEX MAROC
B.P 126 Nouaceur
www.biocodex.ma
P.P.C.: 245,00 DH
CE N°: 34757/2019/DMP

33755/01

SOMNAT
P.P.C.
79.50 DH