

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 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 31862 Société : ROM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHATIB MAJIDA 161600

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KHATIB MAJIDA Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection digestive

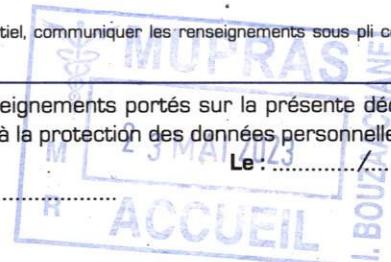
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : /

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21- 36099

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
18.04.2013			6	 Dr. Abdeljalil MELLAL Gastro Entérologue 261 Bd. Abdelmoumen - 90000 CASABLANCA Tél: 05 22 86 00 00 / 05 49 06 52 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24.04.2013	176,10 \$

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Abdelhak MELLAH
 les maladies de l'appareil digestif
 à la Faculté de Médecine de Montpellier
 Pathologie abdominale
 Endoscopie digestive
 Gastro-entérologie médicale-chirurgicale



الدكتور عبد الحق الملاح
 اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
 خريج كلية الطب بمونبليي فرنسا
 الفحص بالصدى
 الفحص بالمنظار الداخلي
 علاج وجراحة أمراض الشرج

Le 21.04.2023

9^{me} KHATIB YAJIDA

Flap
 758 PECTRUM 100

1cp x 2 par Jour x 3 Semaine

2) 8 MECTA



5240 1 sachet x 2 par Jour

3) 8 YSTRAL crème

Nbf 1 App a 2 par Jour

4) 1 BRe 300 Nc, 01

325 1 App x 2 par Jour

500 ml RTA de Jour



Dr. Abdelhak MELLAH
 Gastro-Enterologiste
 261 Bd. Abdelmoumen, Immeuble B N° 2 étage 1, Casa - Résidence AL AMAL (Station Tram Abdelmoumen)
 Tél. : 05 22 86 00 20/05 40 06 83 00 - E-mail : dr.mellahgastro@gmail.com

261 شارع عبد المؤمن الدار البيضاء، رقم 2، الطابق 1 الدار البيضاء - إقامة الأمل (محطة ترام عبد المؤمن)

261, Bd. Abdelmoumen, Immeuble B N° 2 étage 1, Casa - Résidence AL AMAL (Station Tram Abdelmoumen)

Tél. : 05 22 86 00 20/05 40 06 83 00 - E-mail : dr.mellahgastro@gmail.com



SMECTA ORANGE VANILLE
30 SACHET 800 

PPV: 52DH40

LOT: 21E04P

PER: 02/20

1180000 011460



Systral® Crème
PPV 16DH60



74,80

