

## 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.

N° W21-772332

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>10777</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>162394</b>
Nom & Prénom : <b>Z PIQUEL FADWA</b>			
Date de naissance : <b>04/09/1979</b>			
Adresse : <b>Rue Allal Ben Abdellah 75 Casa</b>			
Tél. : <b>066 337 25 21</b> Total des frais engagés : ..... Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019	Cadre réservé au Médecin	Cachet du médecin :  <b>Dr. OMAR BENEDOUANE</b> Hépato - Gastro - Entérologue Proctologue Médicale et Chirurgicale Lot Baraka GH 6 A 75 App 6 RDC Hay Hassani, Casa - Tel: 05 22 30 63 93
Date de consultation : <b>15/05/2023</b>		
Nom et prénom du malade : <b>MSUTAIB MALAK</b> Age : .....  <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant		
Lien de parenté : <b>Assiet</b>		
Nature de la maladie : .....  <b>Z 26 MAI 2023</b>		
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 : **Casa** Le : **26/05/2023**  
Signature de l'adhérent(e) : **R**



## **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 05 2023	#-CS- # Examens Proctologique	2500 h	# 1500 h	PI-19-11-2023 INP-19-11-2023 Proctologie Lot 2500 Honoraires 09119305

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>ARMERIA EL MSAADILLAH</b> Dr ZAIDI Hafida Lot Anssas N°112 Dar Bouazza - Casablanca Tel : 522.25.54.44 / WhatsApp : 06.00.73.33.76 ICE : 0611 370 00066 INPE : 062067214	15/10/23	154.40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

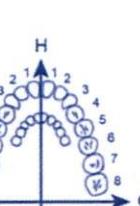
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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 canalaires, 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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**

Docteur Omar BENREDOUANE

Spécialiste Des Maladies de l'Appareil Digestif

( Estomac - Foie - Intestins - Hémorroïdes)

Proctologie Médicale et Chirurgicale

Echographie

Endoscopie digestive



الدكتور عمر بن رضوان

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

(المعدة، الكبد، الأمعاء و البواسير)

أمراض و جراحة المخرج

الفحص بالصدى

التشخيص بالمنظار الداخلي

15/05/2023

Casablanca le .....

## NOTE D'HONORAIRES

je soussigne Dr. Omar BENREDOUANE  
Népato - Gastro - Entérologue  
Proctologue Médicale et Chirurgicale  
Lot Baraka GH 6 A 75 .Appt 6 RDC  
Hay Hassan. Casablanca - Tel: 05 22 90 93 93  
avoir recu  
0 9 1 1 9 3 0 5 2  
la somme de quatre cents Dirhams ( 400 Dh )

de ; Enf. MOUTAIB MALAK

- Consultation medicale : 250 Dh

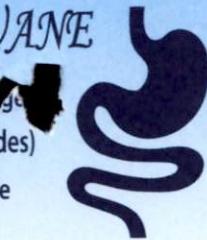
- Examen proctologique : 150 Dh

Dr. Omar BENREDOUANE  
Népato - Gastro - Entérologue  
Proctologue Médicale et Chirurgicale  
Lot Baraka GH 6 A 75 .Appt 6 RDC  
Hay Hassan. Casablanca - Tel: 05 22 90 93 93  
0 9 1 1 9 3 0 5 2

*Docteur Omar BENREDOUANE*

Spécialiste Des Maladies de l'Appareil Digestif  
( Estomac - Foie - Intestins - Hémorroïdes)

Proctologie Médicale et Chirurgicale  
Echographie  
Endoscopie digestive



الدكتور عمر بن رضوان

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي  
(المعدة، الكبد، الأمعاء و البواسير)

أمراض و جراحة المخرج  
الفحص بالصدى  
التخيص بالمنظار الداخلي

15/05/2023  
Casablanca

**Nom :** MOUTAIB MALAK

## **Examen proctologique**

**Inspection :** Rhagade anale

**TR :** Bon tonus sphincterien

Ampoule rectale vide

Doigtier revient propre

**Conclusion :** Rhagade anale

**Anite Hemorroidaire**

Dr. Omar BENREDOUANE  
Hépato - Gastro - Entérologue  
Proctologue Médicale et Chirurgicale  
Lot Baraka GH 6 A 75 Appt 6 RDC  
Hay Hassani, Casab - Tel: 05 22 90 93 93  
0 9 1 1 9 3 0 5 2

# الدكتور عمر بن رض

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي  
 (المعدة، الكبد، الأمعاء والبواسير)  
 أمراض و جراحة المخرج  
 الفحص بالصدى  
 التخليص بالمنظار الداخلي

15/05/2023

Casablanca le,

**Nom :** MOUTAIB MALAK

234,00 - INEXIUM 10 mg  
 1 sachet /j demi heure avant petit dej  
 pdt 2 sem.



45,50 - CARBOXANE cp △ △ o  
 1 cp \*2/j 1 heure apres petit dej  
 1 heure apres dej  
 pdt 10 jours



50,00 - NEALGYL 80 mg △ o △  
 1cp \*2/j avant repas  
 pdt 10 jours



73,20 - CENTELYS creme cicatrisante  
 1 app /j  
 pdt 10 jours



17,30 Apres 30 min  
 - MORIDIL supp  
 1 supp /j  
 pdt 10 jours



PHARMACIE EL HAMDOULLAH  
 Dr. ZAIDI Haifa  
 Tel: 0522 29 09 46 - 0522 30 54 44 - 0522 24 33 70  
 Fax: 0522 29 09 46 - 0522 30 54 44 - 0522 24 33 70  
 INPE: 092067214

Dr. OMAR BENREPOUANE  
 Hépato - Gastro - Endocrinologue  
 Proctologue Médicale et Chirurgicale  
 Lot Baraka GH 6 A 75 RDC Appart 6 RDC  
 Hay Hassan. Casab. Tel: 0522 90 93 93  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 2 1 9 3 0 5