

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M23-0021588

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3087

Société : Ram

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre : 172508

Nom & Prénom : NACHIT Abdulhadi

Date de naissance : 01-01-1950

Adresse : Résidence El Wahda B01 n°1 Benicatin

Tél. : 06 09 89 98 77

Total des frais engagés : 1067 / an

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Omar BENREDOUANE
Hépatologie - Gastro - Entérologie
Proctologie Médicale - Chirurgicale
Lot Baraka GH 6 / 75 Appt 6 RDC
Hay Hassan, Casa - T 05 22 90 93 93

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15-08-2023

Nom et prénom du malade : Fakhramy Malika

Age : 58

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affect Digest

Affection longue durée ou chronique :

☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
15/08/2023	# Contrôle #			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie A 3d Med Local N°4 et 5 Tél : 05 22 32 48 30	15/08/2023	1067,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

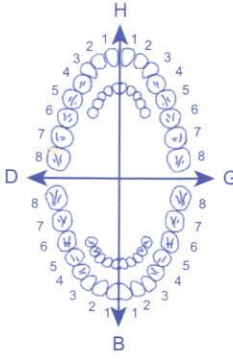
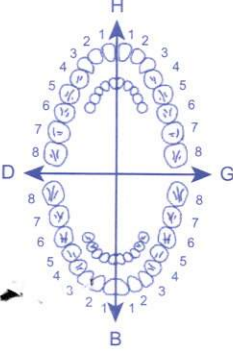
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	[Création, remont, adjonction] 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 رضول

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

(المعدة، الكبد، الأمعاء و البواسير)

أمراض و جراحة المخرج

الفحص بالصدى

التشخيص بالمنظار الداخلي

Casablanca le 15/08/2023

Nom : FAKHRANY MALIKA

LOT 221632
EXP 08/2024
PPV 144.50DH

144.50
EZOR 20 mg

119.50
119.10
122.70
73.60
122.80
69.50
LOT: 4376
EXP: 01/26
PPC: 69.50DH

dem /j demi heure avant petit dej
pdt 4 sem.

DAFLAN 1000 mg

cp *2/j

apres repas

pdt 1 sem.

Puis

500 mg

apres repas

pdt 2 sem.

- CENTELYS creme cicatrisante

1 app *2/j

pdt 3 sem.

Apres 30 min

- CIRCULEX creme

1 app *2/j

apres repas

pdt 2 sem.

Pharmacie Alla
Bd Med V, Cité Al Wahda mm.
Locaux N°4 et 5 Benrechid
Tél : 05 22 32 48 38

Dr. Omar BENREDOUANE
Hépatite - Gastro - Entérologie
Proctologie Médicale et Chirurgicale
Lot Baraka GH 6 A 75 RDC Appt 6 Hay Hassani
Hay Hassani Casablanca Tél : 05 22 32 48 38

جزيرة البركة م 6 عمارة 75 الطابق السفلي ش 6 الحي الحسني

Tél : 05 22 90 93 93 :الهاتف Urgences :06 63 61 37 41 :مستعجلات

Lot: 124532
 Date de Fab: 06.2022
 Date de Pér: 06.2024
 PPC: 99 DHS

99,00

 6 111261 750086
 PPC: 274 DH /j

EFEN sachet
 avant repas
 pdt 10 jours

(SV)

274,00
 - I.B.S gel
 1 gel /j avant dej
 pdt 1 mois

(SV)

75,00
 Exp. date: 23041
 01/25
 75,00
 PPC (DH): 89,50

XYMAG sommeil
 1 sachet /j le soir
 pdt 1 mois

(SV)

- D 3 NORM 200000 goutte
 15 goutte /j apres repas
 pdt 1 mois

(SV)

= 1067,20

Lot: 220644
 A consommer
 avant le: 09/2025
 PPC: 89,50 DH

le Alla
 Wahda mm.
 Berrechid
 32 48 38

0 9 7 1 9 3 0 5 2
 Diplôme de Pharmacien
 HEDJRAOUI - Gastro - Entérologie
 Pharmacien Médical et Chirurgien
 Lot: 220644 - 09/2025
 May Hassan, Casablanca