

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 : pac@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.

M22- 0051169

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 319

Société :

AT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : REZKI JILALI

17 - 06 - 41

A73210

Date de naissance :

Adresse : 3 RNE 3 HAY CHEMS
CASABLANCA

Tél. 0670025111

Total des frais engagés : 484,90 Dhs

Dr Rahimouni Imane

Hépato-gastro-entérologue

Et Proctologue

INPE:061366155

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07 / 08 / 2023

Nom et prénom du malade : Haddou ESSADOU Age: 1976

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION DISSEMINÉE

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 : Casablanca

Le : 10/08/23

Signature de l'adhérent(e) :



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
07/08/23	CS		300 f	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
  	07/08/23	184,90

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	

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																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANTS DES SOINS																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552																			
		00000000	00000000																			
	D	00000000	00000000																			
		35533411	11433553																			
	B																					
	G																					
					MONTANTS DES SOINS																	
					DATE DU DEVIS																	
					DATE DE L'EXECUTION																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																						

Dr RAHMOUNI Imane
Hépato-Gastro-Entérologue

Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca (UM6SS) et de l'université de Paris
Ancien interne du CHU pitié salpêtrière- Paris

Maladies : Oesophage - Estomac - Intestin grêle
Colon - Rectum - Foie - Pancréas - Vésicule biliaire
Oncologie digestive - Nutrition et obésité
Echographie abdominale
Endoscopie diagnostique et interventionnelle
Proctologie (Hémorroïdes, fissure, suppurations anales...)



دلة. الرحموني إيمان
اختصاصية في أمراض الكبد والجهاز الهضمي

ذرية كلية الطب محمد السادس
علوم الصحة بالدارالبيضاء، و جامعة باريس
طبيبة سابقة في المستشفى الجامعي بيتيي سالبيتير بباريس

أمراض المريء - المعدة - الأمعاء الدقيقة - القولون
المستقيم - البنكرياس - المراة - الكبد

تشخيص أمراض الجهاز الهضمي - التغذية والسمنة
الشخص بالصدى - الشخص وعلاج الجهاز الهضمي بالمنظار
أمراض الشرج

Casablanca le : **07/08/2023** الدار البيضاء :

Nom et Prénom: **Mme HADIRI SAADIA**

39,80

1 - PERIDYS 10 mg

46,60 1 comprimé le matin, à midi et le soir, 1/4 h pendant 5 Jours

2 - TRIMEDAT 150 MG

65,10 2 comprimé, 2 fois par jour, après le repas, pendant 7 jours

3 - ULTRA-LEVURE gel

40,40 2 gel le matin et soir avant le repas, pendant 7 jours

4 - METEOSPASMYL

1 capsule le matin, à midi et le soir, au cours du repas pdt 7

184,90



LOT : 1591
PER : 01 - 28
P.P.V : 46 DH 60

1136 10 2022
BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH

HAKI EL HASSANI
DROUZI Hakeim
DROUZI Casablanca



سيتي أوفيس، إقامة ميسيمي رقم 58 مكرر. الطابق 4 المكتب 6 أlichي الحسن (فوق KFC إمام مرحان الذي الحسن) - الدار البيضاء
City Office, 58 Bis. Lot. MISSIMI, 4th étage App. D6 Hay Hassani (au dessus de KFC, en face Marjane et McDonald's Hay Hassani) Casablanca