

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 canalaire, 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 canalaire.

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 :

- | | |
|--|---------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> Adhésion et changement de statut | adhésion@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"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 6306	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Azizidi Thame			
Date de naissance : 1970			
Adresse :			
Tél. : 0664408433 Total des frais engagés : 454,00 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Dr. Omar BEN REDOUANE 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	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	17/07/2013
Nom et prénom du malade :	Azizidi Thame
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Arthrose
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 dans 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) :

Le : / /

VOLET ADHERENT

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
17/07/2023	-CS	2500		INF : Dr. OMAR BENAYAD Hépatologue Médecin de famille Procédures Gastro-entérologie Dr. OMAR BENAYAD Hépatologue Médecin de famille Procédures Gastro-entérologie Interventions chirurgicales et C. logique Interventions chirurgicales et C. logique Interventions chirurgicales et C. logique
31/07/2023	acte			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
pharmacie Dounia Eraia SARL AU N° 299 Rue 64 El Wifak El Oulfa Casablanca Tél : 05 22 97 21 24	17/07/23	pharmacie Dounia Eraia SARL AU N° 299 Rue 64 El Wifak El Oulfa Casablanca Tél : 05 22 97 21 24

AUX LIAMES MÉDICAUX

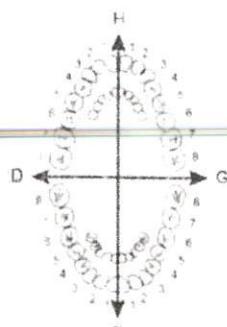
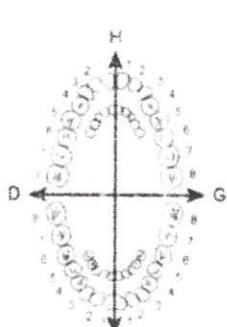
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Paracien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important

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

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"/>
C.O.F. PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		H 05533412 00000030 D 00000039 05533411	G 21412562 00010000 00010000 11433563	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Il est indispensable à la prothèse.			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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

التخدير بالمنظار الداخلي

17/07/2023 Casablanca le:

Nom : AZNIDI THAMI

89,00 - TRIDIGEST sachet

1 sachet /j apres repas principale
pdt 10 jours

S.V

75,00 CARBOPPLUS cp

2 cp *2/j 1 heure apres petit dej
1 heure apres dej
pdt 10 jours

S.V

40,00 - ANTI-SPA 200 mg

1 cp *3/j avant repas
pdt 10 jours

S.V

Dr. Omar BENREDOUANE

Hépato - Gastro - Proctologie Médicale et Chirurgicale
Lot Baraka GH 6 A 75 RDC Appt 6 Hay Hassani

15 goutte /j apres repas
pdt 2 mois

T: 20 4100
Dr. Omar BENREDOUANE

Hépato - Gastro - Entérologue
Proctologue Médicale et Chirurgicale
Lot Baraka GH 6 A 75 Appart 6 BDC
Hay Hassani, Casablanca, Tél: 05 22 90 93 93

Pharmacie Dounia Erha SARL AU

N° 299 Rue 64 El Wifak 3
El Oulfa Casablanca

جزء البركة م 6 عمارة 75 الطابق السفلي ش 6 الحسيني
مستعجلات: 06 63 61 57 41 الهاتف: 05 22 90 93 93
Lot Baraka GH 6 A 75 RDC Appt 6 Hay Hassani Urgences: 06 63 61 57 41



TRIDIGEST®

Poudre de jus d'ananas et d'extrait de papaye avec édulcorant
Pineapple juice powder and papaya extract with sweetener

Lot N° :

A ut. av. :

22531
08/24
89,00

PPC (DH) :