

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

N°D
14568

Déclaration de Maladie : N° P19- 0013185

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2528** Société : **R.A.M.**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **CHATOUI Bauchta** Date de naissance : **01.01.2019**

Adresse : **Ain Chock Ard El Kheir Rue 8 N° 9 CASA**

Tél. : **06.04.80.52.07** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr AREZDI Moulay Abdellmajid
Hépato - Gastro Entérologie - Proctologue
Rés. Ryad Al Qods, GH03, Imm 1, 2e Etg
N° 3, Bd Al Qods - (Angle Bd Haifa)
Ain Chock - CASABLANCA

Date de consultation : **10.12.2019**

Nom et prénom du malade : **CHATOUI Bauchta** Age : **11 ans**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **affection gulaire**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
ACCIDENT

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.

30 DEC. 2019

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 : **10/12/2019**

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 Recouvrement des Actes
15/12/19	C.S.		Contrôle	
				Dr AREZDI Moulay Abdellah Hépato - Gastro Entérologue - Proctologue Ryad Al Qods. GH/3, 1271, 1er étage Ryad Al Oude - Angle Bd Hafsa Casablanca - Maroc 26 / 06 13 13 09 16

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	TTC Montant de la Facture
	19.12.2019	98,84
	19.12.2019	53,29 EURO

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICALIX

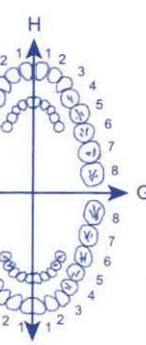
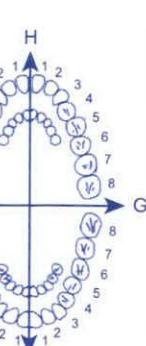
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'OPC

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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		MONTANTS DES SOINS
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

/ISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. MY Abdelmajid AREZDI

Hépato-gastro-entérologue-proctologue
 Echographie-endoscopie digestive
 Proctologie Médico-chirurgicale
 Du en Homéopathie
 Diplômé de la faculté de médecine de Rabat
 Ex médecin chef de service de médecine
 de l'hôpital Sekkat

DIGESTIVE CARE

الدكتور مولاي عبد العزzi ارزدي

أخصائي أمراض الجهاز الهضمي

أمراض الكبد . المعدة . الأمعاء

أمراض وجراحة الشرج

الشخص بالصدى والمنظار

دبلوم جامعي في المعالجة بالأميبات

خريج كلية الطب بالرباط

رئيس قسم الطب بمستشفى السقاط سابقا

Casablanca, le 19/12/2019

Mr CHATOUI Bouchta

98,00
BELMAZOL 20 MG

1 GELULE 2 FOIS PAR JOUR AVANT
semaines

53,29 €⁰⁰
PYLEREA CAPSULES

3CAPSULES 4 FOIS PAR JOUR APRES REPÄS , pendant 10
jours

96/00
PYLEREA®
 140 mg/125 mg/125 mg,

PC: 03400921804201
 LOT: 196275A
 EXP: 02/2022
 SN: 349102269118

98,00 DH
 Dr. My Abdelmajid Arezdi
 Hépato - Gastro-entérologue
 Rés. Riyad Al Qods - GH03, Imm 1, 2e Etg
 N° 3, Rd Al Qods - (Angle Bd Haifa)
 Ain Chock - CASABLANCA
 Tel: 0522 52 36 36 / 06 13 13 00 16

Rés. Riyad Al Qods, GH03
 Imm. 1,2ème Etg N°3
 BD, Al Qods - (Angle Bd Haifa)

05 22 52 36 36
 06 13 13 00 16

إقامة دياض القدس الطابق 2
 رقم 3 شارع القدس
 تقاطع شارع حيفاء