

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.

Biologie 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.

Prothèse 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 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 066422
ND: 35870

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3094 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BAYADI Moustapha

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0676099292 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/08/2020

Nom et prénom du malade : Hapich Rkia Age : 70ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : douleur abdominale

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 :


Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
03/08	Echographie		300 DH	Dr Asmae EL KHADRA Spécialiste En Hépatogastroentérologie E.P. Monastir - 5000 - ES-SAKA EL-MANSOUR Boulevard de l'Indépendance - 22 23 35 82
12/08	20 séances		200 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/8/2	437,2

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

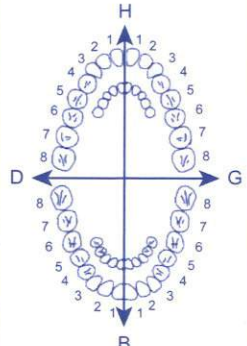
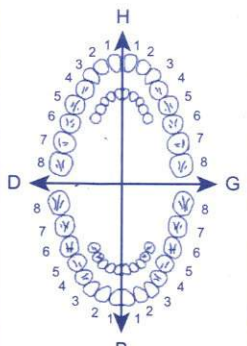
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

Dr Asmae El KHA DIR

Spécialiste en Hépto-Gastroentérologie

Ancienne Proctologue à l'hôpital Saint Joseph-Paris, France

Ancienne Interne des hôpitaux de Lille, France

Echographie et Endoscopie digestives

D.U "Proctologie Médicale et Chirurgicale"

D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'intestin"

D.U "Diététique médicale et Nutrition"

D.U "Réanimation Hépatique"



الدكتورة أسماء الخضير

أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي

طبيبة سابقا بمركز أمراض و جراحة المخرج، مستشفى سان جوزيف - باريس - فرنسا

طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي، ليل - فرنسا

التشخيص بالمنظار الداخلي والصدى

أمراض و جراحة المخرج

التغذية والحمية

Casablanca le :

03/08/20

Me. Laghach Rkia

1) Vogafen suppo

Isuppo x 2/; 30 min

123.6 avtrepas

2) Inexium 40

1 g x 2/; 15;

3) Carbotyke 2 g x 3/; 15;

4) Nesporan 160 1 g x 2/;

5) Librax 1 g x 1 p de soir

22, Bd Yacoub El Mansour, Résidence Espace El Mansour, Bureau N° 6, Maarif - CASABLANCA

Tél. : 0522 23 35 82 / GSM : 0667 95 72 24 - Email : docteur.elkhadir@gmail.com

Email : dr.elkhadir@centrepotologie.com - siteweb : www.centrepotologie.com

22, شارع يعقوب المنصور، إقامة فضاء المنصور عيادة رقم 6 معاريف - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 23 35 82 / المحمول : 0667 95 72 24 / البريد الإلكتروني : docteur.elkhadir@gmail.com

109
9D-stress 18

UT.AV.: 11 2022
LOT N°: 1285322
P.P.V.: 89,20
09366067/7

LOT: 20E007
PER: 06/2021
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V.: 30DH70
6 118000 061847

LOT: 19E006
PER: 06/2021
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V.: 30DH70
6 118000 061847

LOT: 191840
PER: 11-22
PPV: 11,30DH

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al soum roches
noires caseablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Bottle 14
641/150MP/21ANRO P.P.V.: 123,60 DH
6 118001 020607

Sothema
L. Tazi. Pharmacien Resp.
CARBOSYLANE - 48 doses
PPV 74.00 DH
6118001070393

NEOFORTAN[®] 16

PPV 98DH80
EXP 05/2023
LOT 04044

LOT: 19E002
PER: 10/2022
METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V.: 17DH10
6 118000 062134

LOT: 20E006
PER: 01/2023
METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V.: 17DH10
6 118000 062134

LOT: 20032 PER: 03/2023
PPV: 21,00 DH

Lot: DS01/20A
DLC: 01/2023
P.P.C.: 109,00 DH

LOT: 20E006
PER: 06/2021
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V.: 30DH70
6 118000 061847

FFV 60DH00
PER 12/20
LOT H2782

UTAV: 12 2022
LOT N°: 1285692

P.P.V.

136 60

136,50

FFV 60DH00
PER 2/2
LOT 1478

FFV 60DH00
PER 11/21
LOT 12659

PPV: 147DH40
PER: 11/21
LOT: I2658

PPV: 147DH40
PER: 06/21
LOT: I1252-1

PPV: 147DH40
PER: 02/22
LOT: J619-2

