

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

Reclamation	: 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

N° 50831

Maladie Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1846 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : RHAZOUANI MOHAMMED EL MAHFoud

Date de naissance : 07-10-1954

Adresse : RESID AN DMOUSSA INT 83 AP 8 RD AN OUAL

CASA BLANCA

Tél. : 06.61.46.26.19 Total des frais engagés : 600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/11/2020

Nom et prénom du malade : RHAZOUANI MOHAMMED EL MAHFoud Age: 66 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection digestive

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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je décl
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
Fait à : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/11/2020

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
9/11/20		C	250.00 F	INP 35942487 16.05.22.23 101, RUE DE LA PAIX PARIS 75001 DATE 16.05.2022 DR. [Signature]
	Echographie ASI		250,00 DM	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ORL.

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"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
				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. Souad BENABDALLAH ép.LAZRAK

Gastro-Entérologue

Spécialiste

des Maladies de l'Appareil Digestif
(Foie, Vésicule, Pancréas, Estomac, Intestins,
Hémorroïdes

Endoscopie digestive

Echographie abdominale

Ex. Gastro Entérologue au CHU Avicenne Rabat
et à l'Hôpital Ben Msik Sidi Othmane - Casablanca



الدكتورة سعاد بنعبد الله الازرق

إختصاصية في :

أمراض الجهاز الهضمي

(الكبد، المرارة، المعدة، الأمعاء، البواسير)

الكشف الداخلي للجهاز الهضمي

الفحص بالصدى

طبية سابقا بقسم أمراض الجهاز الهضمي

بمستشفى بن مسيك سيدي عثمان - الدار البيضاء

وبمستشفى السوسي بالرباط

Casablanca, le : _____ الدار البيضاء في :

09/11/2020

FACTURE

Acte pratiqué en faveur de **Mr RHAZOUANI Med El Mahfoud**

Unité	DESIGNATION	COEFFICIENT	PRIX
1	ECHOGRAPHIE H.B ET ABDOMINALE	K30	350,00 DH
TOTAL			350,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

(TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS.)

* PATENTE N° : 35712487

DR BENABDALLAH Souad
Gastro-Entérologue
30, Rue du Marché, Maârif
Casablanca
Tél: 05.22.25.88.62 / Fax: 05.22.98.90.12

Résidence Bensaid - 30, Rue du Marché, 2ème étage - Maârif - Casablanca - (en Face Galerie Benomar)

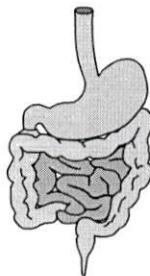
إقامة بن سعيد، 30 زنقة المارشي - الطابق الثاني - المعاريف - الدار البيضاء (امام مركز بن عمر)

Tél : 05.22.25.88.62 / 05.22.98.90.12 - Fax : 05.22.98.90.12

Dr Souad BENABDALLAH ép LAZRAK
Gastro-Entérologue
Spécialiste
des maladies de l'appareil digestif
(Foie, Vésicule, Pancréas, Estomac, Intestins, hémorroïdes)

Endoscopie digestive
(Fibroscopie, Rectoscopie, Colonoscopie)
Echographie abdominale

Ex Gastro-Entérologue Au CHU Avicenne. Rabat
Et à l'Hôpital Ben M'sik Sidi Othmane. Casa



الدكتورة سعاد بنعبد الله الأزرق اختصاصية في
أمراض الجهاز الهضمي
(الكبد، المرارة، المعدة، الأمعاء، البواسير)

الكشف الداخلي للجهاز الهضمي
الفحص بالصدى

طبيبة سابقا بقسم أمراض الجهاز الهضمي
بمستشفى بنمسيك سيدى عثمان بالدار البيضاء
و بمستشفى السويسى بالرباط

Casablanca le 09/11/2020

NOM & PRÉNOM	: Mr RHAZOUANI Med El Mahfoud
SIGNES FONCTIONNELS	: Epigastralgies + Coliques hépatiques
EXAMEN RADIOLOGIQUE	: ECHOGRAPHIE H.B ET ABDOMINALE.

COMPTE-RENDU-ECHOGRAPHIQUE

FOIE : De taille normale, d'échostructure homogène, de contours réguliers.

VESICULE BILIAIRE : Grosse vésicule remplie de boue, sa paroi est légèrement épaissie.

T.P : Mesure 9 mm de diamètre.

V.B.P & V.B.I.H : De calibre normal, non dilatées.

V.B.E.H

LES DEUX REINS : De taille normale, bien différenciés, ne présentant pas de dilatations pyélo-calicielle, ni de calculs échographiquement visibles.

PANCREAS & RATE : De taille normale, d'échostructure homogène de contours réguliers

VESSIE : De bonne Capacité, ne contenant pas de Calculs

- Présence de gaz dans le colon.

CONCLUSION : -Vésicule de sludg.

Dr BENABDALLAH Souad
Gastro-entérologue
30, Rue Bensaïd 2ème étage - Maârif - Casablanca - (en face de la Galerie Benomar)
Tél: 05.22.25.88.62 / Fax: 05.22.98.90.12

