

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

otique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

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

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.

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- 0043996

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1002 Société : 51403

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AJAL OTMANE

Date de naissance : 1948

Adresse : 95 RUE OUR JOUANE 3ème ETG

Apt 5 HAY RMA CASA

Tél. 0612533331 Total des frais engagés : 915,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : M / 15 / 2020

Nom et prénom du malade : AJAL OTMANE Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : 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 : 15 DEC 2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

DR. BELYAZID BELHIM
CHIRURGIEN
Abdelmoumen Center Po. Abdelmoumen
Tél: 05 22 20 45 45 / 06 61 19 65 96

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|

| | | | | |
|------------|--|-------|--|---|
| 11/11/2020 | | 400gr | | Dr. BELAZID Brahim Abdelmoumen Center Bld. Abdelmoumen CASA - TUNES GSM: 01 19 65 96 |
|------------|--|-------|--|---|

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|--|------|-----------------------|

| | |
|----------|--------|
| 11/11/20 | 515,40 |
|----------|--------|

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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

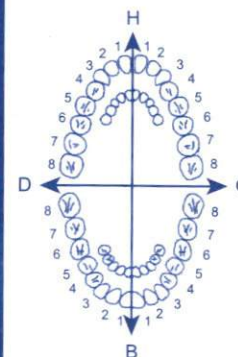
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

| Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |
|----------------|------------------|-------------|
|----------------|------------------|-------------|



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

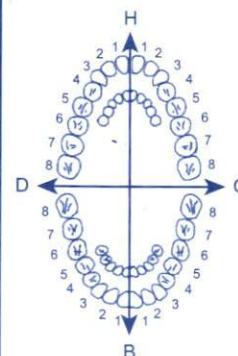
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | | G | |
|----------|----------|---|--|
| 25533412 | 21433552 | | |
| 00000000 | 00000000 | | |
| D | | | |
| 00000000 | 00000000 | | |
| 35533411 | 11433553 | | |
| | B | | |

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

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

- Chirurgien Digestive
- Chirurgie de la vésicule biliaire
- Chirurgie du foie et de l'intestin
- Chirurgie du goitre
- Chirurgie des Hémorroïdes et des Varices
- Chirurgie de l'Hernie Inguinale



- جراح أخصائي في أمراض الجهاز الهضمي و الأمعاء و الكبد
- جراحة المرارة
- جراحة الغدة الدرقية
- جراحة البواسير
- جراحة الشرايين
- جراحة الفتق

ASAL OT MANE

196.50

11 hypen 9

196.50
LOT: 0582000 /
PER: 04 / 2023
PPV: 196.50DH

40.80 4 = 36
4 Flagyl 9

96.00 4 = 384
31 Praxidol

PHARMACIE AL AMANA
Mme. Alami Samira
Docteur en Pharmacie
13 Rue Anarjis Beaulieu
Casablanca - Tel: 05 22 39 08 70

PPV: 96DH00
PER: 11/22
LOT: J1605-2

158.60 11 - 5 - 115 8x 28
41 Probiotic slider 14 sachets

LOT: 136005
PER: 06 2024
FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V : 49DH00
6 118006 060062

PROBIOTICSLIDER 14 SACHETS
LOT: S02 CAD
PER: 04/2023
PRIX: 158.60 DH

Dr. Belyazid Brahim
CHIRURGIEN
Abdelmoumen Center Bd. Abdelmoumen
05 22 86 30 10 / 86 36 11

21 valerianolytic 5% 2 mg

14,50 1 ml x 2/5

ضد البواسير كاسين

6 حامل

14,50 Δ

21 capsule 1/1

1 ml x 2/5

TE SAS, 140

د. بلزيزيد ابراهيم
Dr. BELYAZID Brahim
CHIRURGIEN
Abdelmoumen Center Bd. Abdelmoumen
CASA - Tél: 05 22 86 30 10/86 30 11
GSM: 06 61 19 65 96

PHARMACIE AL AMANA
Mme. Alami Soumni Samira
Docteur en Pharmacie
13, Rue Amratis Beauséjour
Casablanca - Tél : 05 22 39 09 70

- Chirurgien Digestive
- Chirurgie de la vésicule biliaire
- Chirurgie du foie et de l'intestin
- Chirurgie du goitre
- Chirurgie des Hémorroïdes et des Varices
- Chirurgie de l'Hernie Inguinale



11/11/2020

- جراح أخصائي في أمراض الجهاز الهضمي و الأمعاء و الكبد
- جراحة المرارة
- جراحة الغدة الدرقية
- جراحة البواسر
- جراحة الشرايين
- جراحة الفتق

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

NOM : AJAL

PRENOM : OTMANE

FOIE : HOMOGENE DE VOLUME NORMAL DE CONTOURS REGULIERS.

LOGE VESICULAIRE LIBRE (CHOLECYSTOMISE).

VOIE BILIAIRE PRINCIPALE ET TRONC PORTE DE CALIBRE NORMAL.

LES DEUX REINS, LARATE ET LE PANCREAS SONT NORMAUX.

ABSCENCE D'ASCITE OU D'ADENOPATHIES PROFONDES.

CONCLUSION : ECHOGRAPHIE ABDOMINALE NORMALE.

دكتور بليزید ابراهيم
Dr. BELYAZID Brahim
جراح
CHIRURGE
Abdelmoumen Center - Bd. Abdelmoumen
CASA - Tél : 05.22.88.30.10 / 86.30
GSM : 06.61.19.85.95

Dr. BELYAZID Brahim

الدكتور بليزيد ابراهيم

- Chirurgien Digestive
- Chirurgie de la vésicule biliaire
- Chirurgie du foie et de l'intestin
- Chirurgie du goitre
- Chirurgie des Hémorroïdes et des Varices
- Chirurgie de l'Hernie Inguinale



- جراح أخصائي في أمراض الجهاز الهضمي و الأمعاء و الكبد
- جراحة المرارة
- جراحة الغدة الدرقية
- جراحة البواسر
- جراحة الشرايين
- جراحة الفتق

11/11/2020

RECU

LA SOMME DE QUATRE CENTS DIRHAMS (400DH)

CONTRE CONSULTATION SPECIALISEE ET ECHOGRAPHIE

ABDOMINALE.

SIGNE Dr BELYAZID

د. بليزيد ابراهيم
Dr. BELYAZID Brahim
جراح
CHIRURGIEN
Abdelmoumen Center Bd. Abdelmoumen
CASA - Tél : 05.22.86.30.10 / 86.30.11
GSM : 06.61.19.65.96

