

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

- Reclamation : 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 Angl : 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° W19-460200

W19-460200
W19-460200

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8114	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	GRIDI OU ABDELLAH
Nom & Prénom : GRIDI OU ABDELLAH			
Date de naissance : 03/06/1963			
Adresse : LAT MLY THAMI RUE 3 N° 48 APT 202 CASA			
Tél. : 0662 31 12 45 Total des frais engagés : 2 208 204 Dhs - 10 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : / / Age : / /			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : gastro-entérol			
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 : 20/02/2018
Signature de l'adhérent(e) : W19-460200

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
10/03/2010	CS	CS	300,00	INP : 1111111111111111 Dr. Naima BIDAH DENTISTE - PROTHÉTISTE Casablanca - Maroc Télé. : 022 89 21 117 - Fax : 022 89 21 117 E-mail : naima_bidah@yahoo.fr

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Naima BIDAH DENTISTE - PROTHÉTISTE Casablanca - Maroc Télé. : 022 89 21 117 - Fax : 022 89 21 117	10/03/2010	40310

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Naima BIDAH DENTISTE - PROTHÉTISTE Casablanca - Maroc Télé. : 022 89 21 117 - Fax : 022 89 21 117	10/03/2010	Echographe ABdominale	300,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

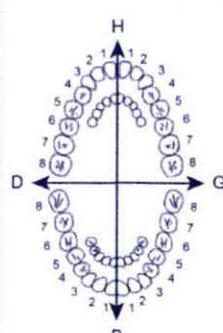
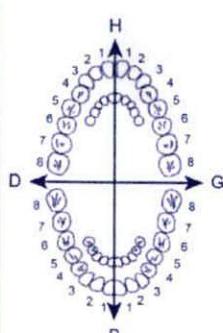
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

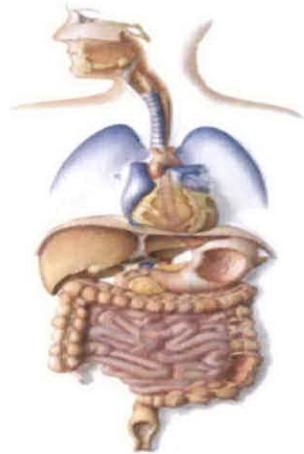
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				<input type="text"/>												
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				<input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												



CABINET DOCTEUR NAJWA FILALI BABA

Spécialiste Des Maladies De L'appareil Digestif
 Proctologie Médico-chirurgicale
 Hépatologie
 Echographie-Endoscopie interventionnelle

LOT 191187
 EXP 04/2022
 PPV 52.80 DH

20/03/2020

Mr Grou Abderrahin

54/70

14 Jours

52/80	Oedes 20 mg	(S.V)	1/j à jeun	14 Jours
84.	Mébéverine forte	(S.V)	2 deux/j avant repas	10 Jours
29.	Maxiflore	(S.V)	1 /j après repas midi	15
97.60	Antigaz	(S.V)	1 trois/j	16 1021 LOT UTAV NEWPHARMA 97.60 P.P.C
119.00	Maniez	(S.V)	1 matin et 1 soir	10 Jours

Lot : MF01/19
 Dlvo : 01/2022
 P.P.C : 79 DH

PPC : 119 DH

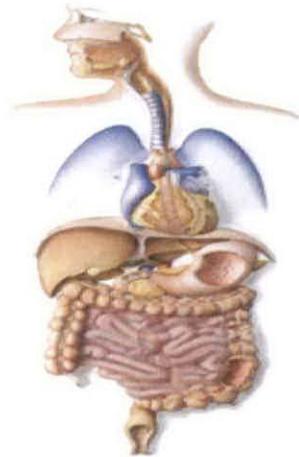


Dr. Najwa FILALI BABA
 Gastro-Enterologie
 60, Bd. Oum Errabi Hay Hassani, Rés. Colza
 1er Etage, 1010 Casablanca
 Tel: 05 22 89 21 16 - 06 61 15 66 81
 Fax: 05 22 90 12 41

PHARMACIE OUM ERRABI

Dr. Adnane BIDAH

43, Boulevard OUM ERRABI HAY HASSANI, EL OULFA
 CASABLANCA - Tel: 05 22 90 88 72 - Fax: 05 22 90 12 41



CABINET DOCTEUR NAJWA FILALI BABA

Spécialiste Des Maladies De L'appareil Digestif
Proctologie Médico-chirurgicale
Hépatologie
Echographie-Endoscopie interventionnelle

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Nom-Prénom : Mme Tahri Joutey Hassani Kenza

Date : 20/02/2020

Foie de volume normal de contours réguliers, d'echostructure homogéne,

sans lésion décelable .

Vésicule biliaire à paroi fine, alithiasique.

TP de calibre normal.

Absence d'anomalie des voies biliaires intrahépatiques , VBP libre non dilaté.

Rate de calibre normal.

Absence d'ascite .

Aérocolie .

CONCLUSION : - Météorisme Abdominale.

Dr. Najwa FILALI Baba
Gastro-Enterologue
60 Bd. Oum Rabia Rég. 20150
Tél. 05 22 89 21 16 - Casablanca
Fax 05 22 89 21 16/89 04 15 66 87