

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-531201

66575

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 7633	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENSLIMANE KHALID			
Date de naissance : 12/12/1959			
Adresse : 21 Rue El Korofel Hay Erraha Casablanca			
Tél. : 0675583521	Total des frais engagés : 723,80 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. Keltoum MAAZOUZ Gastroentérologue Tél 05 22 99 47 30 INPE / 09.11.66.7744 Gastroentérologue 05 22 99 47 30 HADJI IKRAM 09.11.66.7744 Age : 59			
Date de consultation : 30.03.2024	Nom et prénom du malade : HADJI IKRAM	Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Douleurs abdominales			
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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : Ydr.

Le : 30/03/2024

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
30.03. 2011	C24 Echo		400.00	Dr. Keltoun MFAZOUZ INPE Gastroenterologue Tél 05 22 99 A 130 INPE / 09.11.66.77

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Formaticien	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE LA SAINTE VALENTINE AMIASSE TABAC COULEURS TÉL: 0321 36 75 51</i>	30/03/21	323,80

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

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'ODF.

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 PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
		H	26533412	21433552	
		D	00000000	00000000	
		G	00000000	00000000	
		B	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. Keltoum MAAZOUZ
Ep. Mamou

Spécialiste en Gastroentérologie
Hépatologie et Cancérologie digestive
Ancienne Chef de Clinique et Praticien
Hôpitalier des CHU de Bordeaux

الدكتورة كلثوم معزوز

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي
خريج كلية الطب ببوردو
طبيبة سابقاً بمستشفيات بوردو (فرنسا)

Casablanca, le :

30/03 /2021

اليضاء، في :

HADJI IKRAR

185,00

1) Safle 2D



1 ms

1 bouffée le matin

1 bouffée le soir

deux si nécessaire

2) Poudre pour 2el Aeg

ce PS

1 sp le matin

27,00
x3

ALIVIAR 50 mg

05 22 99 47 30 : رقم 3 - المعاريف - الملا البيضاء - الدار البيضاء / المغرب

134, Bd. bir Anzarane, angle Rue Ahmed El Joumari, Rés. Aya, 1er étage,
Tél./Fax : 05 22 99 47 30 - E-mail : maazouzk@yahoo.com

LOT 0000022
PER 05/2023
PPV: 185 DH/00

SAFLU 250 microgrammes
Suspension pour imbibation
en flacon pressurisé
120 doses



6 118001 101290



ALIVIAR® 50 mg
20 Gélules



ALIVIAR® 50 mg
20 Gélules



ALIVIAR® 50 mg
20 Gélules



6 118000 230250

1) Purgalex

57,80

2 male

323,80

105

2

dr

مَدْبُلِيَّةُ الشَّرْقِ
PHARMACIE DE L'ORIENT
Mme LAKASSIT TABRA Latifa
213, Bd Abdellatif Mansour - Casablanca
Tél: 05 22 36 75 51

Dr. Keloum MAAZOUZ
Gastroentérologue
Tel: 05 22 99 4230
INPE / 09.11.66.779

LST 14097/FC8
03/2023 PPC 57,80

6 111255810253



PURGALAX: 30 comprimés