

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.

Educational :

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.

Maladie :

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

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° M21- 0059693

73139

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1681 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BARTOUSSI J. J.

Date de naissance : 11/2/1951

Adresse : Habatnelli

Tél : Total des frais engagés : 544,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28 MAI 2021

Nom et prénom du malade : J. BARTOUSSI J. J. Age : 70 ans

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

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
28 MAI 2021	cc		300 M	HEPATO - GASTRO - ENTROLOGIE 51 Angle Bd de Paris 1 Bd Hassar Tel: 0522 28 32 78 - 0522 27 7 7

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BENJAMIN Sihane GUERIN Dentiste en Pharmacie 4 Résidence du Parc Tel: 022 63 44 09 - 022 63 44 09	31/05/21	244.40 DH

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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				Coefficient DES TRAVAUX																				
				MONTANTS DES SOINS																				
				DEBUT D'EXECUTION																				
				FIN D'EXECUTION																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
			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

Docteur MOHAMED AMRANI

HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGUE
Spécialiste Diplômé du C.E.S.
des Maladies de l'Appareil Digestif
de la Faculté de Médecine de Toulouse
Maladies de l'Anus et du Rectum
Chirurgie Anale - Endoscopie Digestive
Membre de la Société Nationale Française
de Gastro-Entérologie
Membre de la Société Française
D'Endoscopie Digestive

5, Angle Bd. de Paris et Bd. Moulay Hassan 1er

Tél. : C. { 05 22 26 32 78
05 22 27 00 86

Fax : 05 22 20 38 21

E-mail: amranimoh@hotmail.fr

SUR RENDEZ-VOUS

الدكتور محمد العمراني

اختصاصي جاز على شهادة الاختصاص
في أمراض الجهاز الهضمي
من كلية الطب بتونس
أمراض الكبد، المعدة، الأمعاء
و البواسير - جراحة البواسير
عضو في الجمعية الفرنسية
لأمراض الجهاز الهضمي
عضو في الجمعية الفرنسية
للغastro-entérologie

5, زاوية شارع باريس و شارع مولاي الحسن الأول

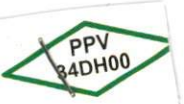
الهاتف : المكتب { 05 22 26 32 78
05 22 27 00 86

الفاكس : 05 22 20 38 21

البريد الإلكتروني : amranimoh@hotmail.fr

بالموعد

Casablanca, le 01 JUIN 2021 في الدار البيضاء



~~FORLAX~~

20m

→ sachet nuit 1x

2 Osmoline (SV)

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca



→ c 5 fuge - couch

3 Meteospasmyl (SV)

→ 1x 1x 3x

4 Hyfiacbr (SV)

P.P.C. 170,00

LAPARA sari
www.lapara.ma

2x molle 1x

20m

MOHAMED AMRANI
HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGUE
5, Angle Bd de Paris 1 Bd Hassan
Tél: 05 22 26 32 78 - 05 22 27 00 86
Fax: 05 22 20 38 21 Casablanca

PHARMACE RESIDENCE ANNAIM
Sihem GUERRAOUI
Pharmacie
4, Résidence Annaim - Casablanca
Tél.: 022.99.43.09

244.40 DH