

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.

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.

Prothèse :

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

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. J.

Date de naissance : 1/2/1951

Adresse : Habatnella

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. J. Age : 70 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 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 le 03/06/2021

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	<i>ce</i>		300 M	<i>Dr. Mohamed Amran</i> HEPATO - GASTRO - ENTROLOGIE 5, Angle Bd de Paris 1 Bd Hassar Tél: 0522 28 32 78 - 0522 27 7 7 0522 29 38 27

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Remington</i> Siha GUEMAY Domicile en France 4, Résidence Les Palmiers Tél: 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

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 حائز على شهادة الاختصاص
 في أمراض الجهاز الهضمي
 من كلية الطب بتولوز
 أمراض الكبد، المعدة، الأمعاء
 والبواسير - جراحة البواسير
 عضو في الجمعية الفرنسية
 لأمراض الجهاز الهضمي
 عضو في الجمعية الفرنسية
 للفحص بالمنظار

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

N BARTOUSSE

jer

01 JUIN 2021

Casablanca, le في الدار البيضاء.



34,00

40,40

170,00

~~1 FORLAX~~
 2 sachet nuit 2x1 sachet

2 Osmoline (SV)
 3 c à soupe - louch
 Meteospasmyl (SV)

4 1 gel 2x3 sachet
 Hyfiacofe (SV)
 2 sachet 2x3 sachet

METEOSPASYL® B 20 caps molles
 Alvéine citrate 60 mg / Siméicone 300 mg
 P.P.V. : 40,40 DH
 Distribué par COOPER PHARMA
 41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
 7 118001 100293

P.P.C. 170,00
 LAPARA sari
 www.lapara.ma

MOHAMED AMRANI
 HEPATO - GASTRO - ENTROLOGIE
 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

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
 Siham GUERRAOUI
 Pharmacia et Parapharmacie
 4, Résidence Annaim - Casablanca
 Tél.: 922.994.43.09

244,40 DH