

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.

Education :

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.

Prothétique :

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- 0057445

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1262

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEL BEIDA

ALOECATH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 02 888 82

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : E

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie :

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :



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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-623387

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1262 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEL BEIDA Abdelkader

Date de naissance :

1950

Adresse :

B1 Bogota boulevard Jouhaia N° 59 app au 5 SIM CASA

Tél. : 06 07 88 80 02

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

02/10/2021

Nom et prénom du malade :

M. BEL BEIDA Al Zekra Age : 61

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

Dysfonctionnement + flambées

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'adjudicataire conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je suis au courant de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W21-623387

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :

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
02/06/2021	6/2-21	C2	300,- Dhs	INP: 1019-11074 931 HEFFOUDHI-M. Gastro-entérologue Paiement : 1019-11074 931 RD: Remboursement Médecin des Hôpitaux CASABLANCA Tel: 05 22 26 01 0410
20/06/2021	7/2-21	M1	200,- Dhs	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>CO E 2011-12-18 N°1 L'union 144 160</i>	<i>2011/12/21</i>	<i>252,40. 40,00 X</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VIOLET ADHESIVE

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXERCICE

Dr Mohamed HEFFOUDHI

الدكتور محمد حفظي

الخصائص

في أمراض الجهاز الهضمي
الفحص بالمنظار الداخلي
الفحص بالصدى

SPECIALISTE
DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF
(Estomac - Foie - Intestin - Hémorroïdes)
ENDOSCOPIE DIGESTIVE
ECHOGRAPHIE

Casablanca le. 02/06/2021

Mr Belbeida Abdallah



regime à base de legumes cuits à la vapeur -riz cuit à la vapeur -grillades-pain grillé ou biscuits -fromages frais -pommes ou poires en compotes et saines le soir =bouillons avec vermicelles et blanc de poulet ou potages de légumes ou soupe mixée et tisanes

culture physique

Ranciphex 20 mg -bte de 28

1 cp matin et soir 1/2 H avt les repas

Refluxaid sticks -1bte

1 stick entre 30 et 45 min apres chaque repas

Motilium sirop-1 fl

1 cuil à soupe 5-10 min avt les repas

Flagyl susp -1fl

1 cuil à soupe amtin et eoir à la fin des repas

LOT 2101816
EXP 2024-01
PPC 65 DHS

MOTILIUM 1MG/ML
SUSP BUV FL 200 ML

P.P.V : 40DH80

1400001011040

SUSP BUV FL 120 ML

1.1.1.0.32DH9U
022
38V

6 " 1180000 060398

*1968
2004*

2524 JOBRANI
PHARMACIE JOBRANI
DOCTEUR EN PHARMACIE
25 rue 2 Lot Sarazin, Sidi Noumen - Casablanca
Tél: 022 79 03 43

إقامة سعد الله، 12 نقة، يومي (شارع عبد المؤمن)، حي المستشفيات، الدار البيضاء

Résidence SAAD ALLAH, n° 12, rue Reaumur (Bd. Abdelmoumen), Q. des Hôpitaux - Casablanca

الهاتف : 0522.200.104 / 105 - الفاكس : 0522.200.106 - Tél. : 0522.200.104 / 105 - Fax : 0522.200.106