

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

itions 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.

rmacie :

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.

tique :

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.

ntaire :

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7397 Société : 78458

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M. MOUTI SOUNA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0657573246

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/07/2011

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : osteo-intégral

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

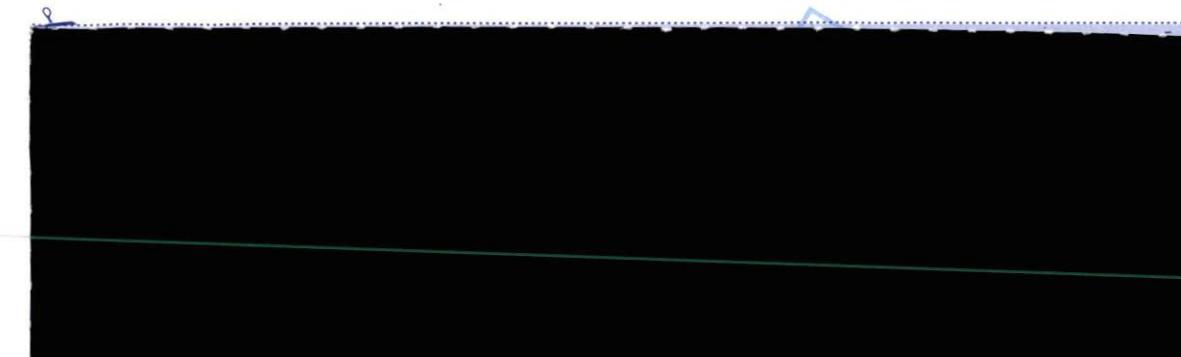
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



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
24/05/2021 CS			3090.0	
08/06/2021 CS			0	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/05/21	125.985
	08/06/21	120.60
	24/05/21	121.52

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24/05/21	Echographie A.S. dentiste	3090.0

AUXILIAIRES MEDICAUX

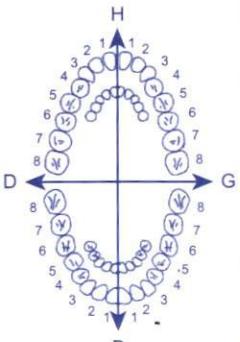
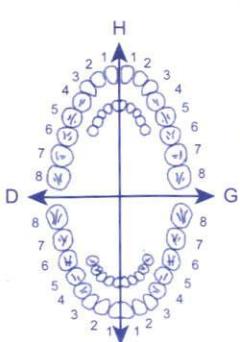
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

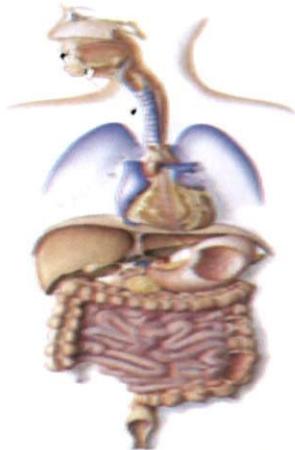
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	CCEFFICIENT DES TRAVAUX												
																
																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>				H	25533412 00000000	G	21433552 00000000	D	00000000 35533411	G	00000000 11433553	B				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412 00000000	G	21433552 00000000													
D	00000000 35533411	G	00000000 11433553													
B																
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>				H	25533412 00000000	G	21433552 00000000	D	00000000 35533411	G	00000000 11433553	B				MONTANTS DES SOINS
H	25533412 00000000	G	21433552 00000000													
D	00000000 35533411	G	00000000 11433553													
B																
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>				H	25533412 00000000	G	21433552 00000000	D	00000000 35533411	G	00000000 11433553	B				DATE DU DEVIS
H	25533412 00000000	G	21433552 00000000													
D	00000000 35533411	G	00000000 11433553													
B																
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>				H	25533412 00000000	G	21433552 00000000	D	00000000 35533411	G	00000000 11433553	B				DATE DE L'EXECUTION
H	25533412 00000000	G	21433552 00000000													
D	00000000 35533411	G	00000000 11433553													
B																
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



Mme Mouti Souad

Casa le : 24/05/2021

82/10
LOT 20004
PER 05/22
PPV 82DH10

ORDONNANCE

140,40
Météospasmyl

82/10 X 2
Esac 20 mg

245,-
Alflorex

U.
Librax cp

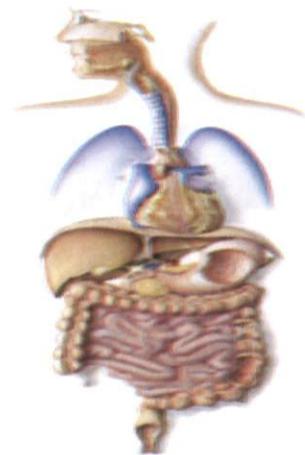
PHARMACIE OUM ERRABI
Dr. Aïnane BIADAH
49, Boulevard OUM ERRABI HAY HASSANI, B. CUFIA
CASABLANCA - Tél : 05 22 90 03 72 - Fax : 05 22 90 11 64
470,60

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticon 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41,rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 118001 100293

140,40
LOT 20004
PER 05/22
PPV 82DH10
82/10

Importateur Exclusif
BIOCODEX MAROC
B.P 126 Nouaceur
www.biocodex.ma
P.P.C. : 245,00 DH
CE N° : 34757/2019/DMP
03785/01

0
LOT:21122 PER:04/2024
PPV:21,00 DH
2



CABINET DOCTEUR NAJWA FILALI BABA

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

Mme Mouti Souad

Casa le : 08/06/2021

ORDONNANCE

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvéoline citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 118001 100293

Météospasmyl gel

2 gel deux/j avant repas

15 Jours

Ixor 20 mg

1 à jeun et 1 au couché

07 Jours

Puis

1 à jeun

14 Jours

Librax cp

1/j le soir après diner

03 Mois

Oxanthin

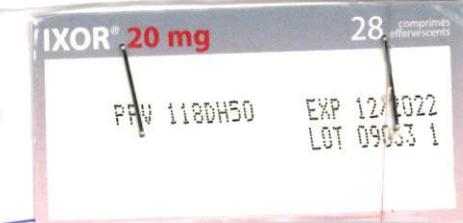
1 deux/j après repas

15 Jours

LOT : 210052
PER : 02/2024
PPC : 79,95 DH

Oxantin®
A base d'extraits naturels

PHARMACIE OUM ERRABII
Dr. Adnane BIDAH
49, Boulevard Oum Errabia Hay Hassani, El Oulemia
CASABLANCA . Tél: 05 22 89 55 72 - Fax: 05 22 89 12 66



Dr. Najwa FILALI BABA
Gastro Endocrinologue
88, Bd Oum Errabia, Casablanca
1er Etage, Tél. 05 22 89 21 16 - 06 61 15 66 81
Tél. 05 22 89 21 16 - 06 61 15 66 81



صيدلية أم الربيع

PHARMACIE OUM ERRABII

49 Bd Oued Oum Errabii

Hay Hassani Casablanca

Tél. 022.90.88.72

FACTURE N° 008740

V/C N° :

Client :

1700717 - 7397

Casablanca, le 24/15/21

Quantité	DESIGNATION	P.U.
1	<i>Ustic lemn</i>	<i>37</i>
1	<i>dryer</i>	<i>SG</i>

Lot / مجموعه : 309
 Fab / منصع : 10 2018
 BOPPDEX MAROC PPV 37.00 DH
 EXP. / صالح لغاية : 10 2021

24/09/2021
 LOT: 20067
 PER: 12/23
 PPU: 1000000



CABINET DOCTEUR NAJWA FILALI BABA

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

24/05/2021

Note d'honoraire

Je sousigneé **DR FILALI BABA NAJWA**

présente mes meilleurs voeux de rétablissement

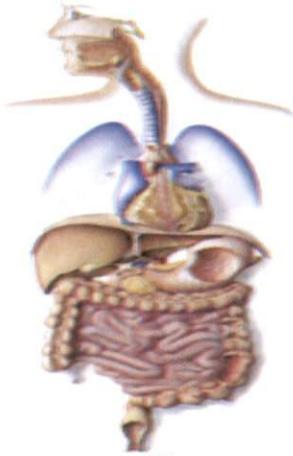
M. A = Mouti Souad.

Et lui présente ma note d'honoraiure.

De :600 DH

Pour:consultation+echographie abdominale

Dr Najwa FILALI BABA
GHTPC - LITTRULOGUE
88 Bd. Oum Rabii Rés. Colza
Elage N°5 Casablanca
Tél: 05 22 89 21 16 / Fax: 05 22 89 21 24



CABINET DOCTEUR NAJWA FILALI BABA

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

Mme Mouti Souad

Casa le : 24/05/2021

ECHOGRAPHIA ABDOMINALE

Foie de taille normal, de contours réguliers, de structure homogène, sans lésion décelable.

Voies biliaires intra et extra hépatiques non dilatés.

Vésicule biliaire à paroi fine, à lithiasique, distendu.

Pancréas non vu, gêner par les gaz.

Rate de taille normale.

Les reins de tailles normales, de contours réguliers, avec bonne différentiation cortico-médullaire.

Absence d'ascite.

Aérocolie avec épaississement régulier de la cocarde gastrique (Gastrite).

CONCLUSION :

- Météorisme Abdominale.
- Epaississement cocarde gastrique.

Dr. Najwa FILALI BABA
Spécialiste des maladies de l'appareil digestif
Proctologie Médico-chirurgicale
Hépatologie
Echographie-Endoscopie interventionnelle
88, Bd Oum Rabii, Rés-Colza, 1er Etage N°5 Hay Hassani - Casablanca Tél.: 05 22 89 21 16 - 066115 66 81 - E-mail : filali_najwa@yahoo.fr
شارع أم الربيع إقامة كولزا الطابق الأول رقم 5 الحي الحسني الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 89 2116 - 066115 66 81
E-mail : filali_najwa@yahoo.fr - Urgence : 06 61 43 03 42