

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 canaux, 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 canaux.

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

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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-685296

112185

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1846 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : RHIZOUANI ROHANNED EL RAHEUD
 Date de naissance : 01-10-54
 Adresse : RES ANDALOUSSIA E10 83 APT8 CASE
 Tél. : 0661462619 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 02/04/2022
 Nom et prénom du malade : D^r RHIZOUANI ROHANNED EL RAHEUD Age :
 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 : 06/04/2022 Le : 02/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
02 04 32	Q2	1	300.00	INF : 093029984

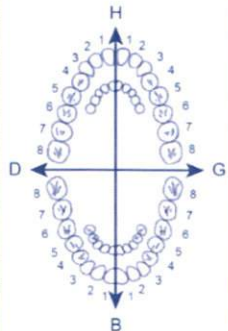
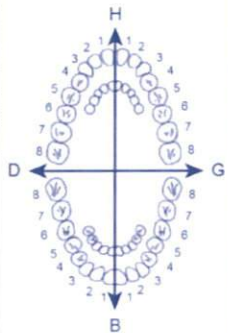
[illegible][illegible][illegible]

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 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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 0000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 0000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 0000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 0000000 11433553 B </div> </div>			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Souad BENABDALLAH ép.LAZRAK

Gastro-entérologue

Spécialiste

des Maladies de l'Appareil Digestif

(Foie, Vésicule, Pancréas, Estomac, Intestins,

Hémorroïdes

Endoscopie digestive

Echographie abdominale

Ex. Gastro Entérologue au CHU Avicenne Rabat
et à l'Hopital Ben Msik Sidi Othmane - Casa



الدكتورة سعاد بنعبد الله الأزرق

اختصاصية في:

أمراض الجهاز الهضمي

(الكبد، المرارة، المعدة، الأمعاء، البواسير)

الكشف الداخلي للجهاز الهضمي

الفحص بالصدى

طبيبة سابقا بقسم امراض الجهاز الهضمي
بمستشفى بن مسيك سيدي عثمان - الدار البيضاء
وبمستشفى السويسي بالرباط

Casablanca, le :

21/04/22

الدار البيضاء في

Dr. Souad BENABDALLAH ép.LAZRAK

58,30

1) Megasfen 160 mg

140,00 1 sep x 3 j

2) Oesdes 20mg

46,90

3) Acticarbene cp

46,00

4) Digestine

1 sep x 2 j 1/4 le a



OESDES 20mg
56 gélules



LOT 201799
PER 05-2023
PPV 140,00 DH

ACTICARBINE 70 MG Comp. (84)

PPV 46,90 DH SOTHEMA

6118001070015

LOT 211907
EXP 07 2026
PPV 46,00

Digestine

30 gélules

Remboursable AMO



Résidence Bensaid - 30, Rue du Marché, 2ème étage -

الثاني - المعاريف - الدار البيضاء (امام مركز بن عمر)

Tel : 05 22 25.88.62 / 0522.98.90.

6118000020684

12

3) Biofar Multi-vita exp 14

76:50



Lot N° / A consommer de préférence avant fin :
Batch N°/Best before end of:
رقم الدفعة / يستهلك قبل :

LOT 1216/14
EXP 07-2024



3 760049 895186

Poids net :
Net weight :
الموزن الصافي : 90g



BIOFAR 12 VITAMINE 12 MINERAUX
Certificat d'enregistrement :
E N° 20210305236/MAV7/DMF/ICA/18

BIOFAR 12 vita 12 Miné CP Bte 20
PPC : 76.00

Ut Av 07/2024	Lot : 1216/14
------------------	------------------

IPHADERM

Tél: 05 22 25 09 78 - 05 22 98 90 12
Pharmacie DANTON
47 - Boulevard Bir Anzarang
Cesdubanca

IT = 367,20

Mme. Anni EL GABBAI BAHRI
Pharmacie DANTON
Docteur en Pharmacie
47 - Boulevard Bir Anzarang
Cesdubanca
Tél : 0522 25 09 78