

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 du 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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	<i>2947</i>	Société :	<i>EP Desterf</i>
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>Jamil</i>
Nom & Prénom :		<i>Jamil EP Desterf</i>	
Date de naissance :		<i>01/01/1943</i>	
Adresse :		<i>Hy My Radid Imm 2 N° 38 B</i>	
Tél. :	<i>408,70 Dhs</i>		

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	<i>DR. GUINANDA MOHAMED HEPATO GASTRO ENDOSCOPIQUE CASA TÉL. 05 22 20 45 45</i>		
Date de consultation :	<i>13 JUIN 2022</i>		
Nom et prénom du malade :	<i>HESLT 71 Linda Ep Jamil</i>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<i>en choc anaphylactique</i>		
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 :

Casab

Signature de l'adhérent(e) :

Le *13/06/2022*

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
26/05/22	12	300,00		ROBERT BERNARD 062 1560 90

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/5/2022	10877 D

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
		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.

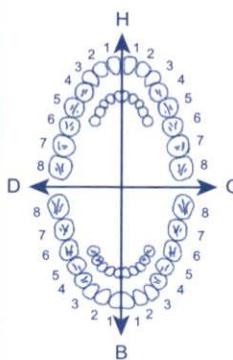
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



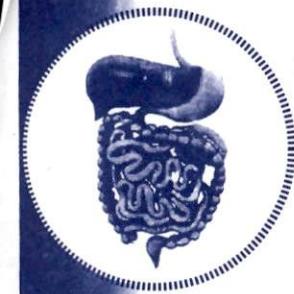
[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

第二步：在“我的电脑”或“我的文档”中右键单击，选择“新建”→“文件夹”，输入新文件夹的名称。

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET D'HEPATO-GASTROENTEROLOGIE & PROCTOLOGIE



Dr Mohammed GOURINDA

Spécialiste des Maladies de L'Appareil Digestif
Ancien Attaché au Service de Gastroenterologie

- CHU IBN ROCHD -

(Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins)

Proctologie Médicale et Chirurgicale
(Hémorroïdes, Fissures, Fistules Anales)

Fibroscopie - Colonoscopie

Echographie Abdominale

(Ballon Intragastrique pour le Traitement
non-chirurgical de l'Obésité)

الدكتور محمد كوريinda

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

اختصاصي سابق بالمستشفى المركزي الجامعي

ابن رشد

التهاب الكبد الفيروسي، المعدة، المرارة، الأمعاء

أمراض المخرج و جراحة البواسير

الفحص بالمنظار الداخلي

الفحص بالصدى

علاج السمنة بالمنظار الداخلي

Casablanca, le 26/05/22 الدار البيضاء في :

Meslit El Jamil Miloud

74,80
LOT : 05/24/2025
PER : 12/2024
PPV : 74,80 DH

74,80 ٧٤,٨٠
LOT : 259
PER : 05/24
PPV : 33,90 DH

Dr. GOURINDA "Dr. MOHAMMED
Spécialiste Des Maladies
de l'Appareil Digestif
50 Bld Ibn Rochd Hay Al Wifaq Sidi Bernoussi
Casablanca Tel: 05.22.75.60.99

33,90 ٣٣,٩٠
2 ٢
108,70 ١٠٨,٧٠
A02 X 3j ٢٠٢ × ٣ج

PHarmacie
S.A.S.
Tél : 05 22 70 16 39
ICE : 00103310300023
N°55
Place
Sidi
Bernoussi
Casablanca
Maroc
N°55
Place
Sidi
Bernoussi
Casablanca
Maroc

توقيت العمل : من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 9 صباحا إلى 1 زوالا ومن الساعة 3 إلى 7 والنصف صباحا
يوم السبت من الساعة 9 صباحا إلى 1 زوالا

بلوك 42 رقم 50 شارع أحمد العبدلي (قرب سينما السلام سابقا) سيدى البرنوصي الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 75 60 99 - المحمول : Tél: 05 22 64 97 - GSM : 06 72 22 64 97