

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 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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

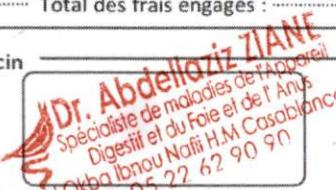
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Déclaration de Maladie

N° W19-479889



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>10319</u>	Société : <u>127465</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>HANDI SANIA</u>			
Date de naissance : <u>12/05/1986</u>			
Adresse : <u>Res. El Faqih Belhadj, Casablanca</u>			
Tél. :	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Dr. Abdellaziz ZIANE Spécialiste de maladies de l'appareil digestif et du Foie et de l'Anus 57 Bd Oulba Ibniou Nafii H.M Casablanca Tel: 05 22 62 90 90			
Date de consultation : <u>23/03/2022</u>			
Nom et prénom du malade : <u>HANIA SANIA</u> Age : _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Affection IgD</u>			
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 : 29/10/2022



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
22/05/2022		0		INP : 911411111 Dr. Abdellaziz TAME Spécialiste de Radiologie de l'Appareil Digestif et du Foie et de l'Anus Rue Dr. Qadaoui N° 22 Casablanca Tél : 0522 22 22 22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Feuillisseur	Date	Montant de la Facture
Le Belvédère - Maroc - CASABLANCA	23/05/2022	430,5

ANALYSES - RADIGRAPHIES

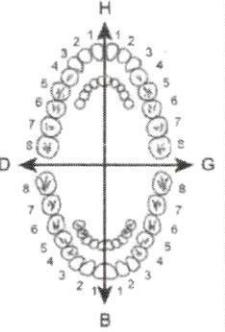
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
MONTANTS DES SOINS														
DEBUT D'EXECUTION														
FIN D'EXECUTION														
CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
MONTANTS DES SOINS														
DATE DU DEVIS														
DATE DE L'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES														
														
DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411	
H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000												
B	00000000	11433553												
G	35533411													
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Cabinet d'Hépato-Gastro-Entérologie

DOCTEUR ABDELLAZIZ ZIANE



57, Bd Okba Ibnou Nafâ,
Hay mohammadi
Casablanca
Tél : 05 22 62 90 90
Email : draziane@yahoo.fr

Fibroscopie
Diagnostique
et thérapeutique

Cathétérisme de la VBP
Sphinctérotomie.
(CPRE)

Coloscopie
Polypectomie

Echographie
Abdominale

Casablanca le, 23/08/2022

Mme HAMDI Samira

122,7⁰

DICETEL 100

1 comprimé, 2 fois par jour, avant les repas

158,6⁰

PROBIOTICSLIDER

1 sachet par jour

24,50 12

SEPCEN 500

1 comprimé, matin et soir, avant les repas 10 j

430,5⁰

Dr Abdellaziz ZIANE
Spécialiste de maladies de l'Appareil
Digestif et du foie et des Anus
57, Bd Okba Ibnou Nafâ Casablanca
Tél: 05 22 62 90 90

LOT : 053220
PER : 03/2025
PPV : 74,00 DH

74,80

LOT : 053220 15
PER : 03/2025
PPV : 74,00 DH

74,80

122,30



PROBIOTICSLIDER 14 SACHETS
LOT : T001
PER : 04/2024
PRIX : 158.60 DH



Proctologie
médicale