

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

| | | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|--|--------|
| Matricule : | 1995 | Société : | R.A.M. |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | 123353 |
| Nom & Prénom : | | Bouderbar N'HAFED | |
| Date de naissance : | | 17.7.1955 | |
| Adresse : | | Habtielle | |
| Tél.: | | 06.61.19.28.24 Total des frais engagés : | |
| Dhs | | | |

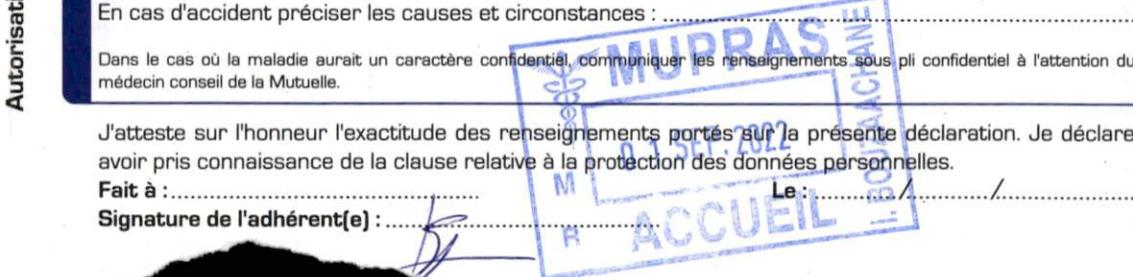
Cadre réservé au Médecin

| | | | |
|---|---|--|---------------------------------|
| Cachet du médecin : | <i>DR. Nourdin MALLOUK</i> Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif du Foie et de l'Anus Fix 0523.32.14.19 - GSM 0661.182.702 | | |
| Date de consultation : | 09 Aout 2022 | | |
| Nom et prénom du malade : | | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | <i>Colite</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 : _____ 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 Relevement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10/09/2018 | 5 | | 333 ✓ | Dr. Nordine Spécialiste des Maladies Digestif du Foie et de la Rate 5523 32 14 19 - GSM 0661 100202 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| Pharmacie Sebta Sebta Imb. C Mag N° 2 Mohammedia 01 - 05 23 23 22 02 650000649201102 6500 | 03/08/2021 | 264,85 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

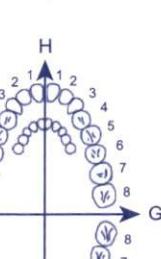
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|------------------------------|--|---|--|-------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | H  | G  | B  | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Spécialiste des Maladies de l'appareil Digestif
du Foie & de l'Anus**

Proctologie : Hémorroïdes, Fissure, Fistule, Abcès

Echographie Abdominale - Fibroscopie - Coloscopie

Ex chef de service de Gastro-entérologie

à l'hôpital Mly Abdellah Mohammadia



طبيب اخصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد، المعدة، الأمعاء، البواسير

الفحص بالأمواج فوق الصوتية، الفحص بالمنظار الداخلي

للمعدة والمعى التليطي

تشخيص وجراحة أمراض المخرج

رئيس مصلحة الجهاز الهضمي سابقاً بمستشفى

مولاي عبدالله المحمدية

Mohammadia Le: 10.9.2011

BOUCHE FAKE LAIKA

40,40

① Meteospasmyl

1 cap x 30

49,95

② 0x 9245



x 30

144,50

③ Esac 20

148

264,85

Pharmacie Sebta
Ed Sebta Imm. C Mag N° 2
Mohammedia
Tel: 05 23 28 22 06

METEOSPASMYL® B 20 caps molles

Alvéroline citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V.: 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA

41,rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

LOT: 220011

PER: 02/2025

PPC: 79,95DH



1.01 22006
PER 05/24
PPV 144DH

ESAC® 20 mg
ésméprazole
28 gélules
PROMOPHARM S.A.



6 118000 241898

Dr. Nourdine MALLOUK
Spécialiste des Maladies de l'Appareil
Digestif du Foie et de l'Anus
Tél: 0523 32 14 19 - GSM: 0661 182 702

زنقة عبد الرحمن سرغيني، إقامة راوية عارة A الطابق الثاني الشقة رقم 10

Rue Abderrahmane SARGHINI, Résidence RAWYA Imm.A, App.N° 10 - Mohammadia

Tél/Fax : 0523 321 419 - GSM : 0663 68 17 64 - noudinemallouk@gmail.com