

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

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

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

Nº W21-683480

1293/6

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1894 Société :

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : LAHLOU AICHA

Date de naissance : 18/11/1981

Adresse : 181 Bd Blaouit, Res. el Cheikh

Tél. : Total des frais engagés : 0 Dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Saloua YAKINT
Spécialiste : Hépato - Gastro - entéro
Ba Abderrahmane Serghini Imm. Souarzane
Appart. N° 101 6^e étage Mohammadia
Urgence : 05 23 31 61 30

Date de consultation : 09/09/2013

Nom et prénom du malade : LAHLOU AICHA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète - Hypertension

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) : _____

Autorisation CNDF N° : A-A-215/2019

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 Palamé des Actes
09/09/22	G1	300100	200	INP : 1111111111 Spécialiste : gastro-entérologue Dr. Saloua Saghier Imm Bou Etage : 05 Agence : 05 23 3

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
S.A.R.L.A.U. Angle Bd Ghandi et Yacoub Mansour - Casablanca 0522 36 08 06	3/9/22	89,40

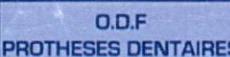
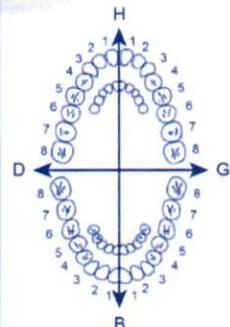
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

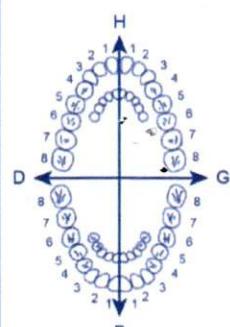
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G
---	--	--	---

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
<hr/>	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	
<hr/>	
ET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

Docteur Saloua YAKINE

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

Foie - Vésicule Biliaire - Pancréas - Intestins

Vidéo endoscopie Digestive:

Fibroscopie - Recto sigmoidoscopie - Colonoscopie

Echographie Abdominale : Diagnostique et Interventionnelle

Proctologie : Hémorroïdes - Fissures - Fistules et Abcès

الدكتورة سلوى يقين

احترافية في أمراض الجهاز الهضمي

المعدة - الأمعاء - الكبد - البواسير

الفحص الداخلي بالمنظار بالفيديو

للمعدة والأمعاء

الفحص بالصدري ما فوق الصوتية

Mohammedia, le : 09/09/2022

Mme LAHLOU AICHA

DR ROUGIER GAZ-DIGESTION

2 comprimés matin et soir après repas

MÉTÉOSPASMYL

2 comprimés, 2 fois par jour

CARBOSORB DIGEST

1 comprimé, matin et soir après repas, pendant 1 mois



Dr. Saloua YAKINE
Spécialiste gastro-entérologie
en hépatologie et colite
Bd Abderrahmane Serghini Imm. Bouargane
Appt. N°3 1er étage Mohammedia
Tel: 05 23 30 29 44 Urgence: 05 23 31 60 60

89,40

PHARMACIE OULMES CASA
S.A.R.L.A.U
Angle Bd Ghandi et Yacoub
El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 36 08 06

شارع عبد الرحمن السرغياني - عمارة بورغان رقم 3 الطابق الأول المحمدية - الهاتف : 05 23 30 29 44 - المستعجلات: 05 23 31 60 60

Bd. Abderrahmane Serghini, Imm. Bouargane - Appt, N°3, 1er étage Mohammedia - Tél: 05 23 30 29 44 - Urgence: 05 23 31 60 60

Dr. ROUG



Per / Exp /
Lot N° / Batch N° /
Fab / Mfd /
تاريخ الإنتاج / رقم الدلعة



CAPSU
au Fenol
et Simé

Fennel and

- Aide à soulager
- Contribue à

COOPER PHARMA
PPC: 49,00 DH

poids net / net weight : 3,9 g

8 594 064 070 144