

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0015551

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2521 Société : 129912

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ZEDDAH KHADIJA

Date de naissance : 02.03.51

Adresse : RUE 30 - NR 43 - KERIMATE - CASA

Tél : 06 82 20 92 98 Total des frais engagés : 535,90 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ZEDDAH Khedija Age: /

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Douleurs Abdominales Drait

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 CNDP N° : A-A-215 / 2019

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'Horizon
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 5.9.22 | INPE | | 209,00 |  |
| | | | | |

092006048

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 15/10/22 | 85,50 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|--------|------------------------------|------------------------|
|  | 5.9.22 | Catasepe | 280,00 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

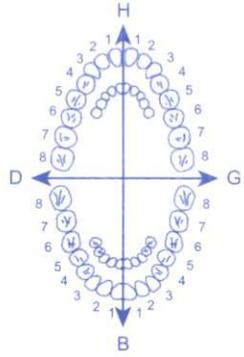
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

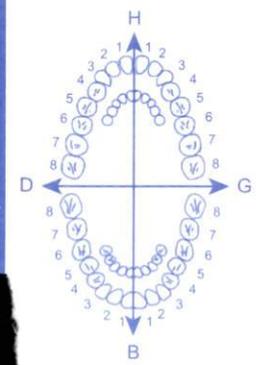
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|----------------|------------------|-------------|--|
|  | | | | 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

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | |



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

| | |
|--|--|
| | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | 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

Professeur LABIAD ALLAL

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

ENDOSCOPIE - PROCTOLOGIE

SUR RENDEZ - VOUS

Horaire continu



الأستاذ لبيض علال
اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

التنظير الداخلي - البواسير
بالموعد
توقيت مستمر

Casablanca, le : في الدار البيضاء، في

05/09/2022

Mme Zeddagh Khadija

28,20
Sulpidal N° 3

1 gel matin et soir avant manger

28,20
i3 1 N° 1

1 gel le matin à jeun

57,7
Trimédac cp N° 2

1 comprimé, midi et soir avant manger

Bédélix N° 1

1 s 3 fois par jour avant manger

GSM: 06 61 08 55 00
Tél: 05 22 21 33 13
Casablanca
Hay Lakemat, Rue 28, N°64
DR MEDDAH Mourad
FARMACIE AL IMAM MALEK

BEDELIX 3G
SACHETS B30

P.P.V : 57DH70



86,90
PR LABIAD ALLAL
Gastro - Entérologie
158, Bd. d'Anfa Casablanca
Tél 05 22 94 37 45 /
Fax 08 22 94 37 47

Professeur LABIAD ALLAL
Specialiste des Maladies
de l'Appareil Digestif

Note d'honoraires

| Date | Numéro |
|------------|-------------|
| 05/09/2022 | 13251/09/22 |

ZEDDAGH Khadija

| Date | Lieu | Acte | Montant |
|----------|---------|--------------|---------|
| 05/09/22 | Cabinet | Consultation | 200,00 |
| | | Echographie | 250,00 |
| Total | | | 450,00 |

Arrêtée la présente Note à la somme de:

QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS

PR LABIAD ALLAL
Gastro - Entérologie
158 Bd. d'Anfa - Casablanca
Tél 05 22 94 37 45 /
Fax 05 22 94 37 47

ECHOSCOPIE

Casablanca le, 05/09/2022

Mme ZEDDAGH Khadija

Clinique

Douleur du flanc droit.
Amaigrissement.

Examen

Foie de dimension normale, homogène.

Vésicule biliaire alithiasique, à paroi fine.

Voies biliaires fines.

Pancréas de taille et d'échostructure normales.

Rate homogène, de volume normal.

Reins de taille et d'échostructure normales avec bonne différenciation cortico-médullaire, sans dilatation des cavités pyélocalicielles.

Conclusion

Echographie abdominale ne montrant pas d'anomalie apparente.
Météorisme colique.

~~PR LABIAD ALLAL~~
~~Gastro-Entérologie~~
~~158, Bd. d'Anfa - Casablanca~~
~~Tél 05 22 94 37 45 /~~
~~Fax 05 22 94 37 47~~