

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

- 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.

M22- 0052425

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2611

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEKKALI

Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : #1446000# + 650 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/12/2022

Nom et prénom du malade : Chraibi Naima Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection Digestive

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 : Casablanca

Le : 19/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

NB

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la Paiement des Actes
19/12/22	C2		300 BH	<i>DR BILAL IKRAM</i> RUE BAHADOUR 22 05 22 27 88 00 TÉL : 04 10 66 00 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DU PROGRES</i> Dr. H. Hadelghani Tél: 06 22 22 05 80 Fax: 06 22 20 13 06	19/12/22	1146,00
	19/12/22	651,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
<i>Q</i>			

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
DEBUT D'EXECUTION				MONTANTS DES SOINS
FIN D'EXECUTION				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	G	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXECUTION				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR IKRAM HALLOULY
SPECIALISTE GASTRO-ENTEROLOGIE



الدكتورة إكراام الحلولي

إختصاصية أمراض الجهاز الهضمي والكبد

التهاب الكبد الفيروسي, المعدة, المراة, الأمعاء
أمراض المخرج والجراحة البوايسير
الكشف بالمنظار والصدى
التغدية العامة

Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins
Hémorroïde fistule fissure
Endoscopie Digestive, Echo-endoscopie
Echographie Abdominale - Nutrition

Mme GHERRABI NAIMA

216,00
192,80

EUZOLE 40 MG

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le soir avant le repas pendant 14JOURS PUIS
UN CP/J PENDANT 15J

AXYMICINE 1G

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le midi, 1 Comprimé le soir après le repas
pendant 14 jours

29,00

ZYRDOL 500MG

1 Comprimé le midi, 1 Comprimé le soir après le repas pendant 10 jours

CLARIL 500MG

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le midi après le repas pendant 14jours

EXIDEP 5 MG

1 Comprimé au coucher après le repas pendant 2 mois

114,60

6:05 22 27 88 61 - 05 22 471 680

19/12/2022
Casablanca, le

65110

Ultra-Lene Geller

LOT : 2557
PER : 08-25
P.P.V : 216 DH 00

LOT : 5426
UT. AV : 12-24
P.P.V : 122 DH BD

PPV 96DH80

LOT 290051
EXP 09/2024

PPV 96DH80

LOT 290051
EXP 09/2024

ZYRDOX 500 mg

PPU 29DH00 EXP 03/2026
LOT 21031

1 mg
culé
cine

CLARIL®
Clarithromycine 500 mg
Boîte de 14 comprimés

PPV : 160,00 DH

6 118000 191001

0 mg.
sulé.
cine.
CLARIL®
Clarithromycine 500 mg
Boîte de 14 comprimés
PPV : 160,00 DH

EYP

Lot N° LOT 22002
PPV PER 01224
PPV 03224

132, 30

EXP -

Lot N° 22102
PPV 01244
N/13 1520H30

54

1 cellule x 2f
T = 65,10 pendant 10j



PHARMACIE DU PROGRES
EL GUERMAI Ahdelghani
9, Place du 16 Novembre
Casablanca - Tel: 0522 22 05 20
Fax: 0522 20 13 06

970 03 2022 03 2025
BIOCODEX MAROC
PPV 65.10 DH