

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 canaux, 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 canaux.

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.

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

M22- 0025193

144192

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3112 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BEN BRIK Leila

Date de naissance : 18-08-1989

Adresse : 135 Bd Oued Sebou ou LA

RESIDENCE CHEROUK APPT 8 EL HADRAJ

Tél. : 0610859294 Total des frais engagés : 1718,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. TAZI Nasser
Gastro Entérologue
38, Angle Bd. Lalla Yacout Rue El Araar
Casablanca
Tél. : 0522 22 29 12

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BEN BRIK Leila Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Parasitose

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 : 09 / 01 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP 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 Paiement des Actes
13/10/22	Co		3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/10/2022	1448,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

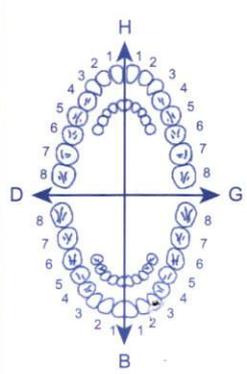
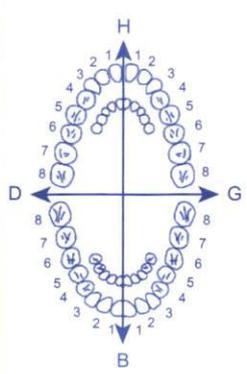
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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																			
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																			
		25533412	21433552																		
00000000		00000000																			
D																					
00000000		00000000																			
35533411		11433553																			
B																					
G																					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur TAZI Nasser

Diplômé de la faculté
de médecine de Nancy
Spécialiste

des Maladies de l'Appareil Digestif
Endoscopie et échographie Digestives



دكتور التازي ناصر
خريج كلية الطب بنانسي
خاصي في أمراض الجهاز الهضمي
عدة - الأمعاء - الكبد - البواسير
الكشف بالمنظار والصدى
بالموعد

PYLERA® gélules
Boîte de 1 flacon de 120
AMM N°281 DMP / 21 / NN
PPV : 803,00 DH
Titulaire de l'AMM / Distributeur :
SYNHEMIA S.A. N° 12782 Bouskoura, MAROC
6 118001 072262

Rendez-vous

18 OCT 2022

Casablanca, le : الدار البيضاء في:

BENBRK Laite

803,00

1) Pyloria 1/2
3 coups x 4 hly

note
/ sous
/ son
/ usage

dent 10j

af resp

SYNHEMEDI
22 rue zoubair bnou al souam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boîte 14
641NSMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH
6 118001 020607

183,60

2) Inexium 40 1h de 2x + 1h de 1x
1/2 c note or son dent 10j

SYNHEMEDI
22 rue zoubair bnou al souam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boîte 14
641NSMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH
6 118001 020607

370,80

3) Aploran
= gelule 1/2 af resp de 2x

SYNHEMEDI
22 rue zoubair bnou al souam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boîte 14
641NSMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH
6 118001 020607

245,00

Importateur Exclusif
BIOCODEX MAROC
B.P 126 Nouaceur
www.biocodex.ma
P.P.C.: 245,00 DH
CEN N°: 34757/2019/DMP

Pharmacie Oued Beht
1.418,80

Dr. TAZI Nasser
Gastro Entérologue
38, Angle Bd Lalla Yacout, Rue El Araar
Casablanca - Tél: 05 22 22 29 12
INP: 091133892

38, Angle Bd Lalla Yacout - Rue EL ARAAR
(Ex. Rue Gay Lussac) - Imm BMCI Casablanca
Tél.: 05 22 22 29 12 - GSM : 06 61 31 84 07

38, زاوية شارع للا الياقوت زنقة العرار
عمارة بمسي - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 22 29 12 - المحمول: 06 61 31 84 07