

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 319 Société : AT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : REZKI JIL ALI (244459)

Date de naissance : 17- 06 - 41

Adresse : 3 RUE 3 MAY CHEMS

Tél. 0522368468 Total des frais engagés : 951.60 Dhs

Tél. 0670025191

Cadre réservé au Médecin

Dr. Omar BENREDOUANE
Hépato - Gastro - Entérologue
Proctologue Médicale et Chirurgicale
Lot Baraka GH 6 A 75 Appt 6 RDC
Hay Hassani - Casab - Tél. 05 22 80 93 98

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/01/2023

Nom et prénom du malade : Hediri ESSADIA Age: _____

Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie : Aspect 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 : Casab Le : 10/1/23

Signature de l'adhérent(e) : DR. ACCUEIL 91

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie S.I. Mada Duffa - Tel. 732077</i>	05.01.2023	759,60

ANALYSES - RADIographies

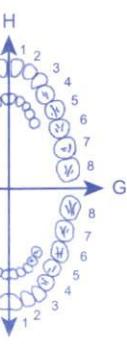
AUXILIAIRES MEDICAUX

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											
				Début d'exécution											
				Fin d'exécution											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
G															
				Coefficient des travaux											
				Montants des soins											
				Date du devis											
				Date de l'exécution											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Spécialiste Des Maladies de l'Appareil Digestif
(Estomac - Foie - Intestins - Hémorroïdes)

Proctologie Médicale et Chirurgicale

Echographie

Endoscopie digestive

الدكتور عمر بن رضوان

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
(المعدة، الكبد، الأمعاء و البواسير)

أمراض و جراحة المخرج

الفحص بالصدى

التشخيص بالمنظار الداخلي

05/01/2023

Casablanca le:

Nom : HADIRI ESSADIA

96,00

- PRAZOL 20 mg
1 gel / j demi heure avant petit dej
pdt 4 sem.

58,30

- MEGASFON 160 mg
1 cp*3 / j avant repas
pdt 10 jours

75,00

- CARBOLINE cp
2 cp*2/j 1 heure apres petit dej
1 heure apres dej
pdt 7 jours

79,00

Puis
2 cp / j 1 heure apres petit dej
pdt 7 jours

245,00

- ALFLOREX gel
1 gel / j avant dej
pdt 1 mois

69,00

- DOCIVOX sirop
1c a s *3/j apres repas
pdt 10 jours

PPV : 96DH 00
PER : 12/24
LOT : L2469-1

LOT : 1891
PER : 07-24
P.P.V : 58 DH 30

LOT : 3905
PER : 10-24
P.P.V : 58 DH 30

CARBOLINE CP 30
PPC : 75,00 DH
Ut Av : Lot :
01-2025 D008

IPHADERM
CARBOLINE CF 30
PPC : 79,00 DH
Ut Av : Lot :
09/25 D354F

IPHADERM
CARBOLINE CP 30
PPC : 79,00 DH
Ut Av : Lot :
09/25 D354F

IPHADERM
CARBOLINE CF 30
PPC : 79,00 DH
Ut Av : Lot :
09/25 D354F

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

LOT : 220878
DLUO : 12/2025
69,00DH

Dr. Omar BENREDOUANE
Hépato - Gastro - Endo - Proctologie - Radiologie et Chirurgie
Lot Baraka GH 6 A 75 RDC App 6 Hay Hassani
Hay Hassani, Casablanca - Tél : 05 22 90 93 93