

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

N° W21-802325

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>13192</u>	Société : <u>RAN</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>BOUERRAJ EL IDRISI EL NEHDI</u>			
Date de naissance : <u>18/12/1990</u>			
Adresse :			
Tél. : <u>0522717758</u>		Total des frais engagés : <u>654,9</u> Dhs	

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Age: <u>30</u>	
Nature de la maladie :	
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 1/1/2023

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attaquant le paiement des Actes
14/05/23	CS		300 DA	DR. ABOBELHAIR SARAH INP INPE 091262980
19/05/23	Central		Gratuit	D.J.C. ABOBELHAIR SARAH Hepato-Gastro-Enterologue Proctologue 275 Rue ASSAOUDIA Village Pinct



- Maladie de l'appareil digestif et du foie
 - Proctologie médico- chirurgicale
 - Endoscopie
 - Échographie

13/03/2018
Casablanca, Le.....

13/05/

MR BERRAMI EL IDRISI EL MEHDI

144,50

1. IPSIUM V. JG (7jrs)

~~1 cp 2 fois par jour 30 min avant repas~~

14.80

2. SEPCEN 500 MG (3 jrs)

1 cp 2 fois par jour au milieu du repas

30,10

3. IMODIUM 2MG (SI diarrhée)

2 cp en une seule prise

65.10

4. ULTRALEVURE (10 yrs)

1 gélule 2 fois par jour après repas

400

5. ANTISPAs (7 yrs)

1 cp 2 fois par jour avan repas

ST. 354,90

275, Rue Assaoudia ,Village pilote
(à côté de l'école " le village") Dar Bouazza.

275، زنقة السعودية، القرية النموذجية
(قرب مدرسة القرية) دار بوعزه.

الهاتف: 0676 12 24 71 / 0522 23 71

البريد الإلكتروني : E-mail : docteurabouelhak@gmail.com

06.56.10.36.62

LOT 224028 1
EXP 11 2024
PPV 40.00

Lot :
مجموعه

Fab :
صنع

EXP :
إلا

1043 05 2022 05 2025
BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH

Spécialisé en :

- Maladie de l'appareil digestif et du foie
- Proctologie médico- chirurgicale
- Endoscopie
- Échographie



د. سارة أبو الحق

اختصاصية في :

- أمراض الجهاز الهضمي و الكبد
- أمراض و جراحة المخرج و البواسير
- الفحص بالمنظار
- الفحص بالصدى

19/05/2023

Casablanca, Le

MR BERRAMI EL IDRISI EL MEHDI

1. CURCUFLEX (7jrs)

1 cp 2 fois par jour après repas

2. DUOXOL CP (7jrs)

2 cp 2 fois par jour après repas

Dr. ABOU EL HAK Sara
Hepato-Gastro-Intérologue Proctologue
275, Rue ASSAOUDIA, Village pilote
Dar Bouazza Casablanca
Tel.: 06 76 12 24 71

275, Rue Assaoudia ,Village pilote
(à côté de l'école " le village") Dar Bouazza.

زنقة السعودية, القرية النموذجية 275
(قرب مدرسة القرية) دار بوعزة.

Tél : 0522 29 04 79 / 0676 12 24 71 الهاتف:

E-mail : docteurabouelhak@gmail.com البريد الإلكتروني :

٥٦.٥٠.١٥.٣٦.٦٢