

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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 :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : REZKI JILALI

Date de naissance : 17 - 06 - 41

Adresse : 3 RUE 3 HAY CHAM S CASABLANCA

Tél. : 0670026100

Total des frais engagés : 679,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Omar BENREDOUANE
Hépato Gastro Entérologue
Proctologue Médical Chirurgicale
Lot Baraka Casablanca 5 Appt 6 RDC
Hay Hassani Casablanca 22 90 93 93

Date de consultation : 26/08/2023

Nom et prénom du malade : Hadri ESSAOUDI Age : 17

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 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 : 26/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
26/05/2023	# - CS - 2500			<i>Dr. Omar BENREDJANE</i> Hépato - Gastro - Entérologie Proctologie Médicale et Chirurgicale Lil Bakka GH 6 A 75 Attab 6 BDC Tél: 05 22 93 20 26

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAY EL MATHAF Dr. MABROUKI Hakim Bd. Oum Rabii Oulfa - Casablanca Tél.: 05 22 93 20 26	26/05/2023	429,00

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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	

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Omar BENREDOUANE

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

26/05/2023

Casablanca le:

Nom : HADIRI ESSADIA

BIOFAR DIGESTION CP EFF BTE 8	
PPC : 69,00	
Ut Av	Lot
05/2025	211/12
IPHADERM	

69,00

- BIOFAR digestion
1 cp effe /j apres repas principale
 pdt 8 jours



COOPER PHARMA
PPC : 59,00 DH

59,00 X 2

- .- Dr. ROUGIER GAZ capsules
2 capsules *2/j apres repas
 pdt 10 jours



COOPER PHARMA
PPC : 59,00 DH

44,00

- BEVIRAN FORT 200 mg
1cp* 3/j avant repas
 pdt 10 jours



PHARMACIE HAY EL M
Dr. EL MABROUKI Hay
1, Bd. Oum Rabia Quilla - Cas
Tél.: 05 22 93 20 26

99,00 X 2

- ANSIOVIT cp
2 cp /j le soir



pdt 1 mois

Lot: 230030
À consommer de préférence avant le: 01/2026
PPC: 99,00 DH

Lot: 230030
À consommer de préférence avant le: 01/2026
PPC: 99,00 DH

499,00

