

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.

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- 0010958

☒ Maladie Gastro ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

HVC

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2069 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : Mr. SOUMMANE Abdessadeq

Date de naissance : 01-01-1949

Adresse : Habituelle

Tél. : 0766606789 Total des frais engagés : (300,00 + 476,00 = 776,00)

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENKIRANE
Hépatogastro-Entérologue
Bd Al Quods, Résidence Assafa
Imm. 405, 2ème Etage - Casablanca
Tél. / Fax : 05 22 50 30 31

Date de consultation : 05/07/2023

Nom et prénom du malade : SOUMMANE Abdessadeq Age : 74

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HVC

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 : 05/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05/07/22	CR		300,00	Dr. Hajar Gharbi Hépatite - Gastro-Entérologie Bd Al Quds, 2 ^e étage - Casablanca Imm. 405, 2 ^e étage - Casablanca Tél / Fax : 05 22 50 30 31

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie du 2 Mars Mme L. ALAOUI 575, Avenue du 2 Mars Andalous 1 Tél : 05 43 33 57 44 - 05 43 33 57 43 INPE: 092000421	05/07/23	 476,00 DH

[illegible]

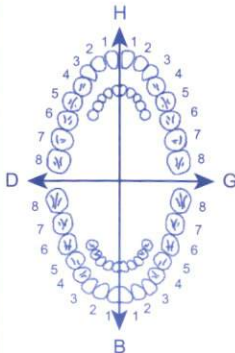
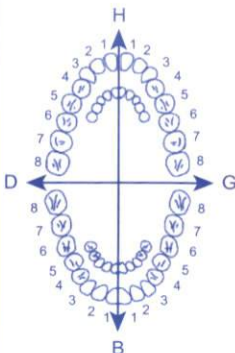
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Oumaima BENKIRANE

Ep Lahlou

Spécialiste en Hépatogastro-Entérologie

Echographie - Fibroscopie - Coloscopie - Proctologie

- Diplômée de la faculté de médecine de Rabat
- Diplôme universitaire des hépatites virales et Anti-viraux, UPMC Paris
- Diplôme universitaire des Maladies inflammatoires chroniques intestinales, UPMC Paris



الدكتورة أيمية بنكيران

إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي وأمراض الكبد
الفحص بالصدى - تنظير المعدة والمعي الفليظ
علاج أمراض المخرج

خريجة كلية الطب بالرباط
دبلوم جامعي للإلتهاب الكبد الفيروسي - باريس
دبلوم جامعي لأمراض الإلتهاب المزمن للأمعاء - باريس

05/07/2023

Casablanca, le

Mr Soummane Abdessadeq

* Veuillez ramener cette ordonnance lors de votre prochaine consultation

119,00x4

JUVATONUS

2 gellules par jour, le matin (pendant 3 mois)

476,00

S.P.
PHARMACIE EL ALAOUA AÏCHA
Mme. EL ALAOUA AÏCHA
575, Av. du 2 Mars Avril 1956 - Casablanca
Tél : 05 22 28 57 84 - Casablanca
INPE: 092000421

Dr. Soummane Abdessadeq
Spécialiste en Hépatogastro-Entérologie
Casablanca, Boulevard Al Qods
"Résidence ASSAFA", Immeuble 405, 2e Etage
Tél/Fax: 0522 50 30 31

* يرجى إحضار هذه الوصفة الطبية خلال زيارتك القادمة

شارع القدس، تجزئة السكن الأثنيق - «إقامة الصفاء»، عمارة 405، الطابق الثاني الرقم 13 - الدار البيضاء/الهاتف/الفاكس : 05 22 50 30 31

Boulevard Al Qods, Lot. Assakane Al Anik - «Résidence ASSAFA», Immeuble 405, 2ème Etage N° 13 - CASABLANCA
Tél./Fax : 05 22 50 30 31 E-mail : oumaimabenk81@yahoo.fr

9.2

juvatonus
Aux Actifs Naturels

GR107 0725
LOT PER
Prix 119.00

juvatonus

Aux Actifs Naturels

GR107 0725
LOT PER
Prix 119.00

juvatonus

Aux Actifs Naturels

GR107 0725
LOT PER
Prix 119.00

juvatonus

Aux Actifs Naturels

GR107 0725
LOT PER
Prix 119.00