

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- 0015336

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05277 Société : RSM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MGHAFRI NOUREDDINE

Date de naissance : 26.11.1958

Adresse : 6 Rue de Golo polo casablanca

Tél. : 0661141160 Total des frais engagés : 856,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/05/2023

Nom et prénom du malade : MGHAFRI NOUREDDINE Age : 65

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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 : CAS

Le : 12/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

Dr. Abdelaziz KIANE
Spécialiste de maladies de l'Appareil
Digestif et du Foie et de l'Anus
57 Bd Oukba Ibnou Nafii H.M Casablanca
Tél: 05 22 62 80 80

<p>PHARMACIE AL-AMINE Pharmacie Al-Amine 1, Rue Golo, quartier Polo - 12183 Golo - Gabon Tel: 0661 19 86 54 - Fax: 0622 83 61 36 0661 19 86 54 - Fax: 0622 83 61 36</p>	<p>EXECUTION DES ORDONNANCES</p> <p>Date</p> <p>12/05/23</p>	<p>Pharmacie Al-Amine Pharmacie Al-Amine 1, Rue Golo, quartier Polo - 12183 Golo - Gabon Tel: 0661 19 86 54 - Fax: 0622 83 61 36 0661 19 86 54 - Fax: 0622 83 61 36</p> <p>Montant de la Prescription</p> <p>556,20</p>
---	---	---

0522 63 76 30 - Fax: 0522 93 61 36
 1, Rue Golo, Quarter Polo - Polo
 (commune de L'Isle-sur-Loire, 49110, France)

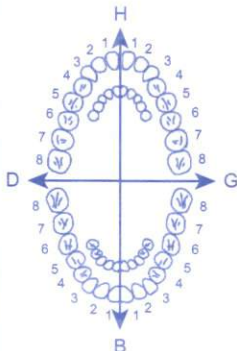
[illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>
H														
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														

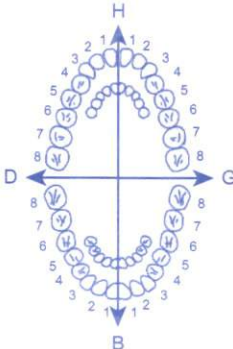
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

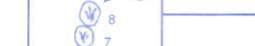
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet d'Hépto-Gastro-Entérologie

DOCTEUR ABDELLAZIZ ZIANE

Casablanca le, 12/05/2023

Mr MGHAfri Nouredine

57, Bd Okba Ibnou Nafia,
Hay mohammadi
Casablanca
Tél : 05 22 62 90 90
Email : draiziane@yahoo.fr

Fibroscopie
Diagnostic
et thérapeutique

Cathétérisme de la VBP
Sphinctérotomie.
(CPRE)

Coloscopie
Polypectomie

Echographie
Abdominale

Proctologie
médicale

DICETEL 100

1 comprimé, 2 fois par jour, avant les repas

PROBIOTICSLIDER

1 sachet par jour

ZYRDOL 500

1 comprimé, 2 fois par jour, au milieu repas

DOMPELIUM 10

1 comprimé, 3 fois par jour 15 mn avant repas
si vomissements

INEXIUM 20

1 comprimé le matin avant repas

PROBIOTICSLIDER 14 SACHETS
LOT : T001
PER : 04/2024
PRIX : 158.60 DH

ZYRDOL® 500 mg 20 comprimés pelliculés

PPV 29DH00 EXP 11/2025
LOT 290251

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boîte 14
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boîte 14
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boîte 14
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

صيدلية الأمان
PHARMACIE AL AMNE
Thami MUSNAOUI
Pharmacien (Diplôme de l'Université Libre de Bruxelles)
1, Rue Gold, Quartier Polo - Polo
Tél: 0522 83 76 30 - Fax: 0522 83 61 36
Gsm: 0661 19 86 54 - Casablanca
Patente: 36374945 - RC: 298138

صيدلية الأمان
PHARMACIE AL AMNE
Thami MUSNAOUI
Pharmacien (Diplôme de l'Université Libre de Bruxelles)
1, Rue Gold, Quartier Polo - Polo
Tél: 0522 83 76 30 - Fax: 0522 83 61 36
Gsm: 0661 19 86 54 - Casablanca
Patente: 36374945 - RC: 298138

Dr. Abdelaziz ZIANE
Spécialiste de maladies de l'Appareil
Digestif et du Foie et de l'Anus
57, Bd Okba Ibnou Nafi, Hay Mohammadi
Tél: 05 22 62 90 90