

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

M22- 0048766

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 09452

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZAHIDY Benabid

Date de naissance : 11.02.1968

Adresse : 113 Rue Smar Delli ESC 5 ART 20 Casablanca

Tél. : 0626301902 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 09 Juin 2023

Nom et prénom du malade : Zahidy Benabid Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Douleur abdominale

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 : 09/10/23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0048766

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
09 Juin 2023	G	ord #300,00		
16/6/23	cc mala ord G			Dr. AL YOUNES Hepato Gastro Entérologist Zertifikat ausgestellt am 17.07.2023 MP 51/B/MP/091009050 Issue

EXECUTION DES ORDONNANCES.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

Dr Mina ALYOUNE

Ex-Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca

Spécialiste des Maladies Digestives et Proctologie

(Hémorroïdes, Fistules, Fissures anales...)

Fibroscopie Digestive, Echographie

Consultation tous les jours

SUR RENDEZ-VOUS



الدكتورة مينة عليون

أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلية بالدار البيضاء

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي وجرأة البواسير

علاج المخرج (ال بواسير والدمى)

الفحص بالمنظار الداخلي وبالصدى

بالموعد

Casablanca, le الدار البيضاء، في

16 juin 2023

Mr. ZAHIDY Bouabid

DIGESTINE

1 gel par jour le soir avant le dîner

S.V

ESAC 40 (BOÎTE DE 28)

1 gélule le matin à jeun / 1 mois

S.V

S.V

GAVISCON(SACHET)

1 sachet matin, midi et soir après repas d'une H

9890

416,90





غافيسكون **GAVISCON**

ADVANCE

ملاطف عن طريق الفم في أكواب بنكهة النعناع

**SUSPENSION BUVABLE
EN SACHETS GOÛT MENTHE**



بنكهة النعناع
GOÛT MENTHE

راحة فعالة من حرقة المعدة
والحموضة المعوية

*Soulagement efficace des
brûlures d'estomac et des remontées acides*

DISPONIBLE UNIQUEMENT EN PHARMACIE

PPV DH:

98,90

LOT:

AEC623

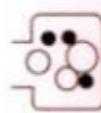
EXP:

10/2024

3211639

Digestine

Résumate de métoclopramide



TRENKER

30 gélules

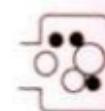
Forme à action prolongée

LOT 222732 1
EXP 08 2027
PPV 46.00



Digestine

Résinate de métoclopramide



TRENKER

30 gélules

Forme à action prolongée

LOT 222658 1
EXP 08 2027
PPV 46,00 DH



ESAC®

ésoméprazole

40

mg

28 gélules

*Microgranules
gastrorésistants*



Voie orale

1.01 22010
PER 09/24
PPV 226DH00

