

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

M23- N° 0030816

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1418 Société : CAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : GHANNARTE MOHAMMAD A 83237
 Date de naissance : 28/12/1952
 Adresse : lot Gynmer Rue n°5 OASIS CASABLANCA
 Tél. : 0661419162 Total des frais engagés :Dhs

PRA4FR05/V2/20-10-2023

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 20 / 11 / 2023
 Nom et prénom du malade : EL HASNAOUI LEILA Age: 64 ans
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Affection Digestive
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 77
 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.

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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 : 20 / 11 / 2023
 Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
20/11/23	CT		Fracture	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/11/23	409800

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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 :

Veillez 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 colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

Dr RAHMOUNI Imane
Hépatogastro-Entérologue

Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca
(UM6SS) et de l'université de Paris
Ancien interne du CHU pitié salpêtrière - Paris



د.ة. الرحموني إيمان
اختصاصية في أمراض الكبد والجهاز العضوي

خريجة كلية الطب محمد السادس
لمعلوم الصحة بالدار البيضاء و جامعة باريس
طبيبة سابقة في المستشفى الجامعي بيتي سالتيرير بباريس

أمراض المرءة - المعدة - الأمعاء الدقيقة - القولون
المستقيم - البكترياس - المرارة - الكبد
تشخيص أورام الجهاز العضوي - التغذية والسمنة
الفحص بالصدى - الفحص وعلاج الجهاز العضوي بالمنظار
أمراض الشرج

Maladies : Oesophage - Estomac - Intestin grêle
Colon - Rectum - Foie - Pancréas - Vésicule biliaire
Oncologie digestive - Nutrition et obésité
Echographie abdominale
Endoscopie diagnostique et interventionnelle
Proctologie (Hémorroïdes, fissure, suppurations anales...)

Casablanca le : **20/11/2023** : **الدار البيضاء**

Nom et Prénom: **Mme EL HASNAOUI LEILA**

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al ouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boite 14
64015DMP/21NRQ P.P.V.: 82,10 DH
6 118001 020591

4x 82/14 / 320/14

1 - INEXIUM 20 mg



1 comprimé le matin, avant le repas, pendant 2 Mois (4 boites)

40/14

2 - METEOSPASYL

1 capsule le matin, à midi et le soir, au cours du repas pdt 10 j



3 - EUCARBON

2 comprimés le matin, et le soir, 1h après le repas, pendant 10 Jours

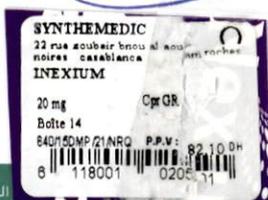


Total: 40080 DH

MTEOSPASYL® 8 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V.: 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al ouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boite 14
64015DMP/21NRQ P.P.V.: 82,10 DH
6 118001 020591



سیتی اوفیس، امامة ميسيمي رقم 58 مكر، الطابق 4 المكب D 6 الحسي، الدار البيضاء
City Office, 58 Bis. Lot. MISSIMI, 4^{ème} étage Appt. D6 Hay Hassani (au dessus de KFC, en face Marjane et McDonald's Hay Hassani) Casablanca