

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.

Mme du conjoint 2009

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **2048**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Mr BENCHERIF**

Sidi - fad

Date de naissance : **01-02-1952**

Adresse :

Tél. **0661453762**

Total des frais engagés **#526#**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **17/01/2021**

Nom et prénom du malade : **Mr Bencherif Sidi Fad** Age : **72 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Test hémocult**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : **ALCGUE**

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Casablanca**

Le **17/04/2024**

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
17/01/2011	Visite du Foie et l'appareil digestif	3000 Dhs	Dr. MOUNIR BEN HACHEM 1000 Dhs - Marocaine Appt 21 Anfa 722 33 05 - Casablanca NINPE : 91254680	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie LIBALIA Mr. S. KHALIL Rue Reschit 14 El Harrach Tunis - 0912 165 80 mg204016	17/04/24	126,32

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAIL
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
<img alt="Diagram of a dental arch with numbered teeth from 1 to 8 on both upper and lower arches. A coordinate system is overlaid with H at the top, G at the right, D at the left, and					

Dr. Hamza DEBBAGH

Diplômé de l'Université CLUJ
Spécialiste du foie et
des maladies de l'appareil digestif
Estomac, Intestin, Foie Proctologie Médicale
Fibroscopie, Colonoscopie Digestive,
Ballon intra gastrique
Echographie Digestive



الدكتور الدباغ حمزة

خريج جامعة CLUJ

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي والكبد
علاج المريض الغلقيض وأمراض المخرج
التشخيص بالمنظار الباطني
الكشف بالموجات فوق الصوتية

Maphar
Bd Alkima, N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Fortrans sachet b4 mv
P.P.V : 132,90 DH
6 118001 181209

Casablanca le :

17/04/2024

Mr BENCHERIF Sidi Said

FORTTRANS

1 sachet/litre d'eau, soit 4 litres à boire à partir de 16 H, la veille de l'examen

RAZON 40

1 gélule, matin et soir 15 jours, 30 min avant repas

✓ 226,30
Pharmacie L.L. Lala
Mme. S. KIKAT Lala
4 bls. Rue Rabelais / Bd. Abdellouman
Casablanca
Qualité des médicaments
Tél / Fax : 05 22 22 33 95

Mme. S. KIKAT Lala
4 bls. Rue Rabelais / Bd. Abdellouman
Casablanca
Qualité des médicaments
Tél / Fax : 05 22 22 33 95

~~Dr. Hamza DEBBAGH~~
~~Spécialiste du Foie et~~
~~des maladies de l'appareil digestif~~
~~159 Bd Bourgogne Appt 11, Anfa~~
~~Tel : 05 22 22 33 95 - Casablanca~~
~~N°INPE : 01284680~~

PPV
Per
FAB
N° Lot :

L
P
P

LOT : 634

Per : 10 / 26

P.P.V : 93,40 DH

RAZON® 40 mg O

14 Comprimés enrobés
gastro-résistants



6 118000 140726

دارazon
م 40

باتوبرازول 40 مغ

قرصاً ملبيساً مقاوِماً
لعصارة المعدة 14

عن طريق الفم