

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.

Biologie 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.

Educations :

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.

Prothèses :

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.

Le 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

Déclaration : contact@mupras.com
Demande en charge : pec@mupras.com
Déclaration et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

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

N° P19-0025105

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1286 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ANDALOUSSI RABHA

Date de naissance : 11/11/1947

Adresse : ANDALOUSSI Rue 2 N° 12

Wasa blanc

Tél. : 0522281044 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

09 SEP 2019

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : W. 19 Le : 9/9/2019

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
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"/>									
				Montant des soins <input type="text"/>									
				Début d'exécution <input type="text"/>									
				Fin d'exécution <input type="text"/>									
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D</td> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H	G	D	25533412 00000000	21433552 00000000		00000000 35533411	00000000 11433553		Montant des soins <input type="text"/>
		H	G										
	D	25533412 00000000	21433552 00000000										
	00000000 35533411	00000000 11433553											
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>										
			Fin d'exécution <input type="text"/>										
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution											

VOLET ADHERENT	NOM : <u>DOUNADI KABHA</u>	Mle <u>1286</u>
DECLARATION N° <u>P 17/0059939</u>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<u>09/09/19</u>	<u>809,10 DH</u>	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		
Cachet 		



P 17/0059939

DATE DE DEPOT

09/09/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>1286</u>	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom <u>DOUNADI KABHA</u>			
Fonction	Phones <u>0522 281040</u>		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient <u>Magasin Rabba</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie			Date <u>02/08/19</u>
<u>Infection urinaire - Constipation</u>			Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes <u>02/08/19</u>			
Nbre de Coefficient		Montant détaillé des honoraires	
<u>consult 624</u> <u>échabul 624</u>		<u>2000</u> <u>2000</u>	
PHARMACIE	Date <u>02/08/19</u>		
Montant de la facture			
<u>419,10</u>			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
Cachet 			

Signature de
 DR. BENNIS Magasin
 Spécialiste Hépatite - Gastro Entérologie
 Procédure Médico - Chirurgicale
 608, Maillat IV Bd. Abdelmoumen Ag
 Casablanca - Tél: 0522 41.1.10

PHARMACIE BELALAMI
 02/08/19
 419,10

DEROXAL
Paroxétine
Comprimé pelliculé sécable

سبيك

هيپانات
40 قرص 68,60 DH

SYSTÈME DE GESTION QUALITÉ
CERTIFIÉ ISO 9001:2015
PAR CERTIQUALITY

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID : 626210
6 118001 140237

Gastro
Comprimé
Sé

SPECTRUM 500 mg
20 comprimés
6 118000 081937

A consommer de
préférence avant fin : 03/2022
Lot n° UQ67A

Produit Fabriqué par ESI s.p.a.
Via delle Industrie 1 Albissola Marina (SV) ITALY
Importé et distribué par ESNAPHARM 7, Rue Abdelmajid
Benjelloun - Maarif extension - Casablanca

Médicament autorisé n° 3400933525385

DEROXAL
Paroxétine
Comprimé pelliculé sécable

om
s
COOPER
PHARMA
Général
Paris (Saint Louis)
de Colo-Proctologie
Endoscopie Digestive

UT. AV : 03 2022
P.P.V
LOT N° : 12720-3
23,10

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID : 626210
6 118001 140237

Comprimé

Stablanca, le 02/08/19

Médicament autorisé n° 3400933525385

Mugroni Ruben

Lysanxia 10 mg
40 comprimés
6 118000 250289

6860
Herumot



1 - 2 - 1 - 2 mes

83,70x2 Deroxal (4 boites)
Al; l'ant

23,10

lysaxia
HYE EL MASJID, RUE 22 N° 70
CASABLANCA N° 70
Tél : 05 22 98 41 16



232582
HYE EL MASJID, RUE 22 N° 70
CASABLANCA N° 70
Tél : 05 22 98 41 16

16000

Spectrum 500 (4 boites)

419,10
1 - 0 - 1 - 10

Dr. BENNIS Khalid
Spécialiste Hépat - Gastro Entérologie
Proctologie Médico - Chirurgicale
Rue Mawlid IV Bd. Abdelmoumen A24
Casablanca - Tél : 05 22 98 41 16

Docteur BENNIS Khalid

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie

Proctologie Médicale et Chirurgicale

Diplômé de la Faculté de Médecine d'ANGERS et de PARIS

Diplôme d'Echographie Abdominale - paris

Diplômé de Proctologie Médico-Chirurgicale - Paris (Saint Louis)

Membre de la Société Française de Colo-Proctologie

Membre de la Société Française d'Endoscopie Digestive

Casablanca, le 02/08/19

Mazroui Rabho

Facture = 400DH

Consult = 2 = 200DH

Echo Abdo K30 = 200DH

DR. BENNIS Khalid
Spécialiste Hépato-Gastro-Entérologie
Proctologie Médicale - Chirurgicale
Rd. Mawlid 4 Bd. Abdelmoumen A24
Tél: 05.22.98.41.16

Résidence " AL Mawlid 4 " Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual
2eme Etage " A24 " - CASABLANCA - Tel. : 05.22.98.41.16

DOCTEUR BENNIS KHALID

SPECIALISTE en Hépto-Gastroentérologie

Proctologie Médicale et Chirurgicale

Diplômé de la Faculté de Médecine d'ANGERS et de PARIS

Diplômé d'Echographie Abdominale Paris

Diplôme de Proctologie Médico-Chirurgicale Paris (St Louis)

Membre de la Société Française de Colo-Proctologie

Membre de la Société Française d'Endoscopie Digestive

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

02/08/2019

MAZROUI Rabha

Clinique

BALLONNEMENT ABDOMINAL SUR CONSTIPATION CHRONIQUE. NOTION DE BRULURES URINAIRES.

Examen

Foie de taille normale (FH= 14 cm), d'échostructure hyperéchogène et homogène et de contours réguliers.

Absence de syndrome de masse; absence de dilatation des VBIH.

TP de calibre normal (8 mm). VBP fine (2 mm).

Vésicule biliaire alithiasique, à paroi fine.

Pancréas normal et homogène dans son ensemble.

Absence d'adénopathies profondes. Aspect moucheté du cadre colique.

Rate homogène, de taille normale (grand axe de 9 cm).

Reins de taille et d'échostructure normales avec bonne différenciation corticosinusale, sans dilatation des cavités pyélocalicielles. Vessie normale.

Conclusion

STEATOSE HEPATIQUE MODEREE. ENCOMBREMENT STERCORAL COLIQUE DIFFUS.

Dr. BENNIS Khalid
Spécialiste Hépto - Gastro Entérologie
Proctologie Médico - Chirurgicale
Rés. Mawlid IV Bd. Abdouquamen A24
Casablanca - Tél: 022.98.41.10