

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° 0032091

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10141 Société : RA7

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : 186474

Nom & Prénom : BOUTEJAT NAOUAL

Date de naissance : 21/09/1975

Adresse : Rue 12 Boulevard Mohammed VI - Thamiel's Club Apt 10 - Cozien ALFA Casa

Tél : 0661069413 Total des frais engagés :Dhs

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Hamza DEBBAGH Spécialiste du Foie et des Maladies de l'appareil digestif 159 Bd Bourgogne Apt 21, Anfa Tel : 05 22 22 33 95 - Casablanca N°INPE : 91254660

Date de consultation : 11/12/2023

Nom et prénom du malade : Boutejat Naoual Age : 48 ans

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

Nature de la maladie : Gastite HP (+)

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 : Le :/...../.....

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
11/12/2023		C1		Dr. HAZOUD AGH Spécialiste du FOS et des Maladies de l'appareil digestif 159 Bd Bourgeoisie Apt 24 Anta Tel : 05 22 22 33 95 - Casablanca N°INPE : 91254660

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE POLYCLINIQUE Dr. TIR Abdelaziz 58, Route My Thami - Hay Hassani Tel: 0522 90 21 67 - Casa	11/12/23	806,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

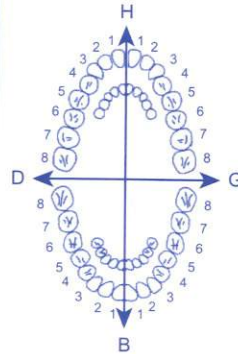
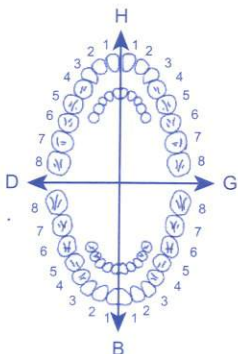
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, 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 border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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


 passeport
 santé Nutrition

الدكتور الباغ حمزة

خريج جامعة CLUJ

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي والكبد

علاج المعى الغليظ وأمراض المخرج

التشخيص بالمنظار الباطني

الكشف بالموجات فوق الصوتية

Casablanca le :

11/12/2023

Mme BOUFETAS Naoual

EUZOL 20MG

1-0-1 pendant 10 jours puis

1-0-0 pendant 1 mois, 30 min avant repas

AMOXICILLINE 1G

1-0-1 comprimé par jour après repas, pendant 10 jours

CLARIL 500

1-0-1 comprimé par jour après repas, pendant 10 jours

ZYRDOL 500

1-0-1 comprimé par jour après repas, pendant 10 jours

ULTRA-LEVURE 250MG

1-0-1 gelule par jour en cas de diarrhée . , pendant 10 jours

ZYRDOL® 500 mg 20 comprimés pelliculés

PPN 290400
EXP 06/2026
LOT 35035 2

500 mg
enrobé
mycine.

CLARIL®
Clarithromycine 500 mg
Boîte de 14 comprimés

PPV : 160,00 DH



6 118000 191001

... 500 mg
m^e enrobé
thiomyicine

CLARIL®
Clarithromycina 500 mg
Boîte de 14 comprimés

P.P.V. : 160,00 DH



6 118000 191001

PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. TIB Abdelaziz
58, Route Mly Thami - Hay Hassani
Tél: 0522 90 21 67 - Casa

Dr. HANZE DESBAIGH
Desbaigh, H. - Directeur
Tél: 02 22 42 35 95 - Casablanca
N°INPE: 91254780

LOT 23003
PER 03/25
PPV 144DH50

PPV : 103,60 DH
LOT : 650870
PER : 11 / 24

Lot :
مجموعة:

Fab :
صنع:

EXP :
صالح لغاية:

1218 01 2023 01 2026
BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH