

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'Europe Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **10 136**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **El Nadi Amna**

Date de naissance :

Adresse :

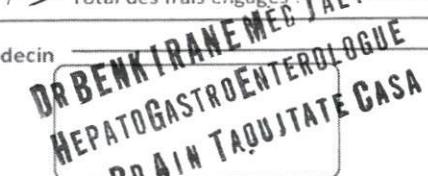
Tél. : **05 12 91 24 75**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

26.11.2019

Nom et prénom du malade :

Mr El Maoui Amin

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie pour Colostomie

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.

20 FEV. 2020

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) :



د/ محمد جليل بنكيران
في أمراض الكبد، الجهاز الهضمي والبواسير

يعد كلية الطب بباريس
ن سابق بمستشفيات باريس
جاز في الكشف بالمنظار
مجازاً للكشف بالتلفزة
ي وقاية وعلاج أمراض التغدية
جمعية الفرنسية للجهاز الهضمي

fortrans®

Composition :
 Macrogol 4000* 64,000 g
 Anhydrous sodium sulfate 5,700 g
 Sodium bicarbonate 1,680 g
 Sodium chloride 1,460 g
 Potassium chloride 0,750 g
 Excipient : sodium saccharin
 For one sachet of 73.690 g

* = P.E.G. 4000 = Polyethylene glycol 4000
 Excipient with known effect : sodium
 Refer to the leaflet for further information.

Pharmaceutical form :
 Powder for oral solution in sachet.

Therapeutic indications :
 This medicine is used for colon lavage to prepare
 patients prior to :
 - endoscopic or radiological investigations,
 - colon surgery.

Method and route of administration :
 Oral route.
 Dissolve the content of each sachet in one litre of
 water.
 Shake until the powder has completely dissolved.
 Keep out of the reach and sight of children.

26/11/2019

Casablanca, le :

4 à débuter la veille de la coloscopie



LOT : N25737
Exp : 11/2021

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
26.11.2019	S			<i>[Handwritten signatures]</i> DR BENKIRANE JELIL ALI HEPATOGASTROENTEROLOGIE 13 BOAÏD TABOUTIATE GASSA

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/11/2019	142,20

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
			<i>[Handwritten signature]</i>

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

VOLET ADHERENT	
<p>* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.</p>	

الدكتور محمد جليل بنكيران

اختصاصي في أمراض الكبد، الجهاز الهضمي والبواسير

خريج كلية الطب بباريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

مجاز في الكشف بالمنظار

مجاز الكشف بالتلفرز

مجاز في وقاية وعلاج أمراض التغدية

عضو الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي



Diplôme en Échographie Digestive

Diplômé en Nutrition

Membre de la Société Française de Gastro-entérologie

RE

Casablanca, le :

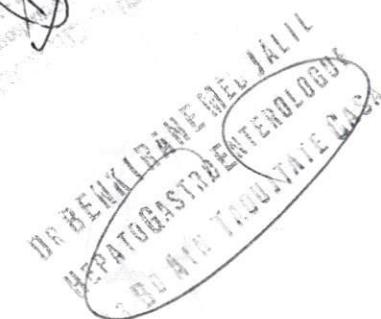
26/11/2019

MME EL MADI AMINA

11/11/2019

• Fortrans

1 sachets par litre fois 4 à débuter la veille de la coloscopie à
14h



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 règlement des Actes
26.11.19				DR BENKIRAN JEL JALI HEPATOGASTROENTEROLOGIST 13 BD AIN TAOUITATE CASA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/11/2019	142,00

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
			142,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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