

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-506019

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
<i>Q2L27</i>			
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12412			
Société :			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : ZAAWI NAJOUA			
Date de naissance : 12/09/1986			
Adresse : Residence Jane California Inn Yousra			
Tél. : 062-777-103 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
DR. SEFRAOUI Maher <i>Hépatologue Gastro-Enterologue</i> <i>175, Rue Boukraâ - Casablanca</i> <i>Tél.: 05 22 27 78 18</i>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 06/01/2020			
Nom et prénom du malade : ZAAWI NAJOUA Age: 1986			
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Abus de médicament			
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 : **06/01/2020** Le : **06/01/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL SIEGE RAM

[Signature]

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
06/01/2020	CA	IN 2	300,-	INP : 091124109 Dr. SEFRAOUI Maher Hépatologue Gastro-Enterologue 175, Rue Boukrâd - Casablanca Tel: 05 22 27 78 18

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JNANE YOUSSEF 10 PETE TADDART SIDI LINA JNANE CALIFORNIA 11 12 CAS Tel: 05 22 27 78 18	06/01/2020	86,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

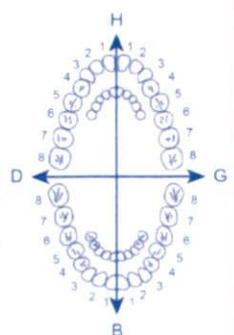
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

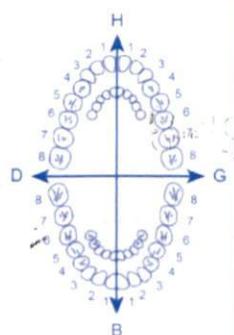
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Dr Mohamed Maher SEFRAOUI

Spécialiste des Maladies du Foie et de l'Appareil Digestif

- Diplômé en proctologie chirurgicale Paris St-Louis
(Hémorroïdes, maladies anales...)
- Ancien médecin à l'Hôpital Avicennes-Rabat
et à l'Hôpital Léopold - Bellan Paris

Vidéo-endoscopie digestive
Echographie

الدكتور محمد ماهر الصفراوي

اختصاصي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي

خريج كلية باريس سان لويس في أمراض المخرج

طبيب سابق في مستشفى ابن سينا الرباط

وفي مستشفى ليوبيولد بلان باريس

التخيص بالمنظار الداخلي

الكشف الصدري

6 06.01.25

ن

Zaazi

Najous

46,00

Digestive

1S

Appl. Unit.

40,40

Débossage

17

86,40

Dr. SEFRAOUI Maher
Hépatologue Gastro-Enterologue
175, Rue Boukraâ - Casablanca
Tel.: 05 22 21 78 18

PHARMACIE JNANE CALIFORNIE
Dr. FALAH YOUSSEF
PETTE TADDART Rés. LINA
CALIFORNIE AN CHOUA
CASA

إقامة جاسم حسام، 175 زنقة بوكراع الطابق 2 (ملتقى شارع مولاي يوسف وزنقة المعرض الدولي) الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 27 78 29 - الفاكس: 06 61 33 30 04 - الهاتف المحمول: 05 22 27 78 18

ميتاوسباسميلا®

ستركون 300 ملغ

سترات أقبرين 60 ملغ

METEOSPASMYL® B 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

Barcode: 6 118001 100293

MeteoSpasmyl®

N° d'AMM : 538/15 DMP/21/NRQ

LOT 191992-1
FYP A5 2024
PPV 46-00

46,00

Digestine

Résinate de métoclopramide

30 gélules

Digestine

30 gélules

Remboursable AMO



6 118000 020684