

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

litions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

ND: 325 M

Déclaration de Maladie : N° P19- 0013691

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3.1.75 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : Venue

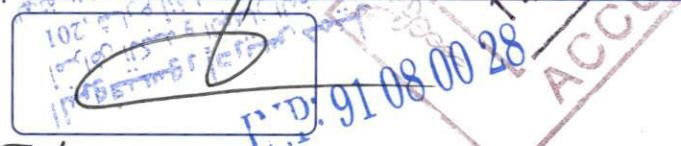
Nom & Prénom : Taki Khaddouj Date de naissance : 01.01.1960

Adresse : 8.Rue L.Sidi Maanouj 3

Tél. : 06.63.63.26.85 Total des frais engagés : 10.775 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/5/2020

Nom et prénom du malade : Taki Khaddouj Age : 59

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : AFF digesto.

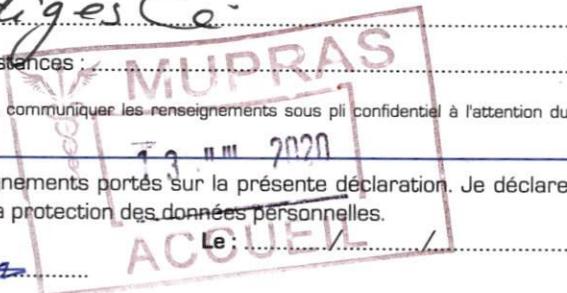
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 13.05.2020



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
20/5/2020		C 3	300	INP: 91 08 00 28 Glayle 500 8000H

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ST 2020	20/5	288,30
ST 2020	20	795

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

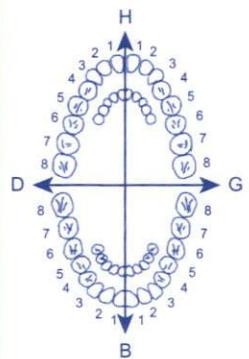
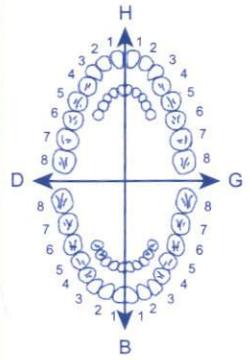
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS
			(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PROFESSEUR DRISS JAMIL

Maladies de l'appareil Digestif

Foie - Estomac - Intestins

Endoscopie digestive - Echographie

Proctologie Medico-Chirurgicale

Membre de la société Française de coloproctologie

Membre de la société Française d'endoscopie Digestive

casablanca le, 11/06/2020

Mme BEHILI Khadija

CARBOXANE

1 comprimé, 3 fois par jour apres repas, pendant 10 jours

7950
PHARMACIE NASSER
Dr H. ZARHLOULE
El Fida Casablanca
Tél: 05 22 28 02 26

[Handwritten signature]

[Red stamp]



PROFESSEUR DRISS JAMIL

Maladies de l'appareil Digestif

Foie - Estomac - Intestins

Endoscopie digestive - Echographie

Proctologie Medico-Chirurgicale

Membre de la société Française de coloproctologie

Membre de la société Française d'endoscopie Digestive

casablanca le, 20/05/2020

Mme BEHILI Khadija

RANCIPHEX 20

64,50

1 comprimé le matin avant le petit déjeuner, pendant 14 jours

MÉTÉOSPASMYL 60

24,00

1 capsule, 3 fois par jour, avant les repas, pendant 10 jours

DUSPATALIN 200

54,00

1 gélule, matin et soir, au milieu des repas, pendant 10 jours

JUVAMINE

89,00

1 comprimé, matin et soir, pendant 10 jours

288,30

Professeur DRISS JAMIL
Maladies du Foie et de l'Appareil Digestif
201, Bd d'Anfa - Casablanca
Tél: 05 22 94 62 62 / 05 22 94 61 61



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

6 118001 100293
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

DUSPATALIN 200MG
GELU 820
P.P.V.:54DH00
LOT: 9MA030
PER: 01/2022
6 118000 010531

95 - 08 22
LOT
Prix
89,00
3 160929 905026

PHARMACIE MASSA
Dr. H. ZARHOULE
Hay El Masjed Rue 48 N° 11
Tél.: 05 22 28 01 25