

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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal 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° W19-499006

ND: 36720

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

4693

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Moussi

ABDELLAH

Date de naissance :

1957

Adresse :

BP 2769 Yiznit 85.000

Tél. :

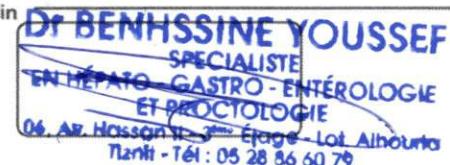
0662181612

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Moussif Najat Age: 56

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 : Tizi N'Test

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14/06/2020

ACCUEIL

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
13/06/2020	Op Ex Procte	2	200.DH 200.DH	INP : BENEHSSINE YOUSSEF SPECIALISTE EN HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE EL PROCTOLOGIE 06 Av. Hassan II ^{Zone d'Enseignement} - Lot. Al Ahouma TIZNIT - Tel : 05 28 86 00 76

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/04/20	567,11

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

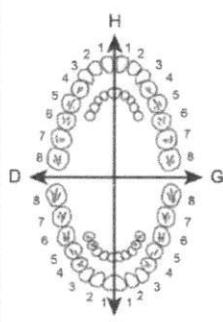
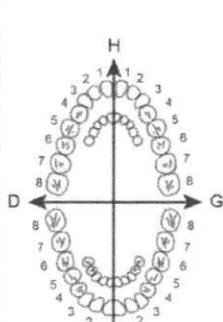
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

BELEVE 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

Dr BENHSSINE YOUSSEF

**SPECIALISTE
EN HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE
ET PROCTOLOGIE**

Λ. Θεόκτιστης Επίκουρης Καθηγήτριας

د. ابن حسین یوسف

اختصاصی فی امراض الجهاز الهضمی

لکد والیواس

Ordonnance

201103

1.07 843.91
1.4 P 2.2921
1.4 V 2.0104 0.0

À Tiznit, le : 11 octobre

201003

H. Hussif Najat
S/N 02

A small white rectangular label with handwritten text and a red mark. The text reads:

L01795 009
EXP 12/09/2021
FEP 001 P00

✓ Laflam 1000g 14x35 S.K.

RS 149 x 245 10j

NOVOPHARMA | LOT
UT.AV R.P.V.
140.00

(440)
of Hebo area 1999 x 265
A. D.
LOT: 200214
PER: 02/23

1999 x 25 S

3) Peter Sappo ~~Boys like~~

Pharmacie
N° 19, Lot Al Maustakbal
Cite Saaldia - TIZNIT
Fix : 05 28 86 02 89

*Elie Macarie ILIQA
19, Lot Al Moustakib
Saa'ia - TIZNIT 80000
Happy*

Dr BENHSSINE YOUSSEF
SPECIALISTE
~~EN HÉPATO - GASTRO - ENTÉROLOGIE~~
~~ET PROCTOLOGIE~~
06. AV. HOSSAN II - 3^e Étage - Lot. Alhoulia
Tizi H - Tel: 05 28 66 60 79

Mr. Hossif Najat 56ans 12/06/2020
Compte Rendu

Examen Pogigne

RL : Rockaly + Rectorectal

L'hysto : Marque Hemoroidale

Prise d'abcès à 12h

TR : + Bon tonus sphincter

② Anopl rectal 1/4h

③ Porte rectal peu

Abcès : abcès sous muqueuse de
rectum sous glaukose. (Progrès par rectosigmoidoscopie)

Sc : petits fèces anodites
Krasch grade II-III

Fixation de la glaukose (rectosigmoidoscopie)

DR. BENHSSINE YOUSSEF

Spécialiste en hépato-gastro-entérologie

Et proctologie

Tiznit, le 12.06.2020

Reçu des Honoraires

Dr BENHSSINE YOUSSEF
SPECIALISTE
EN HÉPATO - GASTRO - ENTRÉOLOGIE
ET PROCTOLOGIE

Je Soussigné Dr : Avoir
06, Av. Hassan II - 3^{me} Étage - Lot. Alhounia
Tiznit - Tél : 05 28 86 60 79

Reçu de Mme, Mlle, Mr : Moussine alayab

La somme de : 400 DA

Honoraires pour :

- Consultation Médicale : 200 DA

- Echographie Abdominale : 100 DA

- Examen Proctologique 200 DA

- FOGD : 100 DA

- Rectosigmaïdoscopie : 100 DA

- Colonoscopie : 100 DA

Dr BENHSSINE YOUSSEF
SPECIALISTE
EN HÉPATO - GASTRO - ENTRÉOLOGIE
ET PROCTOLOGIE
06, Av. Hassan II - 3^{me} Étage - Lot. Alhounia
Tiznit - Tél : 05 28 86 60 79