

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-581169 154657

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8659 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MAOUI Abdelhak

Date de naissance : 01/04/1969

Adresse : 301 Mehdî Benben Ken N°13 Sng-g-e

Tél. : 0661450263 Total des frais engagés : 300 + 1402,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. AYOUNE Mina
Hepato Gastro Entérologue
Proctologue
52, Bd Zerktouni, Casablanca
Tél: 05 22 27 97 91/66-11110; 091009050

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/03/2023

Nom et prénom du malade : M^{re} AIT LACHGAR KHADOUR

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

Nature de la maladie : Cancer de l'utérus

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 : Casablanca Le : 09/03/2023

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

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

09/03/13	G	ord	+300,00	
----------	---	-----	---------	--

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

09/03/13

1402,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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.

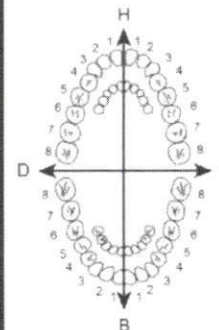
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

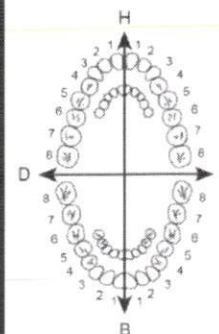
H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION


[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

Dr Mina ALYOUNE

Ex-Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

Spécialiste des Maladies Digestives et Proctologie

(Hémorroïdes, Fistules, Fissures anales...)

Fibroscopie Digestive, Echographie

.....
Consultation tous les jours



الدكتورة مينة عليون

أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي وجراحة البواسير

(البواسير والدمل)

ر الداخلي وبالصدى

.....
بالموعد

لدار البيضاء، في

09 mars 2023

Mme AIT LACHGAR Khaddouj

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alverine 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
Alverine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40.40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 118001 100293

DIGESTINE

1 gel par jour le soir avant le diner

METEOSPASMYL [Ote : 2]

1 gélule 3 fois par jour, avant repas

ESAC 40 (2 BOÎTE DE 28)

1 gel matin et soir / 10 jours puis 1 gel / jour le matin à jeun

PYLERA

3 gel le matin, 3 gel à midi, 3 gel le soir et 3 gel au coucher / 10 jours, après repas

ERA® gélules
de 1 flacon de 120.
N°281 DMP / 21 / NNP
N° : 803.00 DH
L'aire de l'AMM / Distributeur :
THENA B.P.N° 12182 Boukoura, MAROC
6 118001 072262

LDT:22170 PER:11/2025
PPV:21.00 DH

LDT: 22010 PER: 11/2025
PPV: 226DH00

226,00

226,00

52, Bd Zerkouni (Espace Erreda, 3ème étage) en face du Marché des Fleurs

Tél. : 0522 27 57 56 - 0522 27 57 51 - E-mail : al