

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.

Diagnostique 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.

Prothèse :

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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 066550

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2344 Société : 68196

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELOVADI ABDERRAHIM

Date de naissance : 1954

Adresse :

Tél. : 06 61 26 77 27 Total des frais engagés : 300 + 1350 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ALYOUNE Mina
Hépatogastro-entérologue - Proctologue
52, Bd. Zerkouni
Casablanca - Tél.: 0522 27 97 51 / 56

Date de consultation : 29/03/2021

Nom et prénom du malade : M^{me} BELOVADI ICHAM Age : 64

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

Nature de la maladie : EM d'origine maligne - R G O

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 : 22/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com


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

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
29/03/21	C	ord #300.0		
02/04/2021	C	Mgla	G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pharmacie	Date	Montant de la Facture
	02-04-2021	1350,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

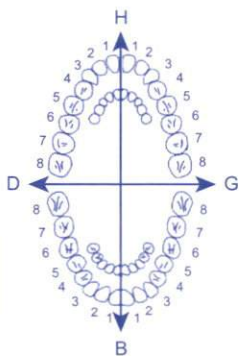
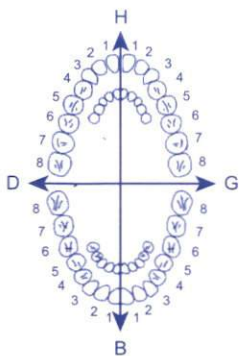
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[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

SUR RENDEZ-VOUS



الدكتورة مينة عليون

أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي وجراحة البواسير

علاج المخرج (البواسير والدمل)

الفحص بالمنظار الداخلي وبالصدى

بالموعد

Casablanca, le

الدار البيضاء، في

02 avril 2021

Mr. BELOUADI Ilham



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

DIGESTINE

1 gel par jour le soir avant le dîner

D-cine forte

PHARMACIE NAIMA
Bloc 211 N° 124 Derb El Bouriya
Hay Hassani - Casablanca
Tél.: 05 22 90 31 00

Dr. ALYOUNE Mina
Hépatogastro-entérologie et Proctologie
52, Bd. Zerktoni
Casablanca - Tél.: 0522 27 57 51 / 56

PHARMACIE NAIMA
Bloc 211 N° 124 Derb El Bouriya
Hay Hassani - Casablanca
Tél.: 05 22 90 31 00

PYLERA® gélules

Boîte de 1 flacon de 120.

AMM N°281 DMP / 21 / NNP

PPV : 803,00 DH

Titulaire de l'AMM / Distributeur

SOTHEMA, B.P.N° 127182 Bouskoura, MA, OC



6 118001 072262

LOT 202714 1
EXP 11 2025
PP 46,00

Digestine

30 gélules

Remboursable AMO



PPV: 49,60 DH

LOT: 20J26

EXP: 10/2023

LOT 20133
PER 02/22
PPV 226DH00

226,00

ESAC 40 mg
28 gélules
PHOSPHORAN 1A
6 118000 241928

LOT 20133
PER 02/22
PPV 226DH00

226,00

ESAC 40 mg
28 gélules
PHOSPHORAN 1A
6 118000 241928