

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° W21-675613

125572

| | | | |
|--|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | 08643 | Société : | R.A.M |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | Koumiti Nabil |
| Nom & Prénom : | | | |
| Date de naissance : 05/07/1972 | | | |
| Adresse : 263 MAWADA RUE PASQUEN, APT 34 FRANCARIE 2 CASA | | | |
| Tél. : 0673731872 Total des frais engagés : 1165 Dhs | | | |

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin : DR LABIAD ALLAL Gastro - Entérologue 158 Bd. d'Asifa - Casablanca Tél. 05 22 94 37 45 / 77 Fax 05 22 94 37 47 | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : 27/05/2022 | | | |
| Nom et prénom du malade : Koumiti Nabil Age : 1972 | | | |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Diarrhées chroniques | | | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MUPRAS | | | |
| 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 : CASA le 10/08/2022
Signature de l'adhérent(e) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 2018-03 | | | 200,00 | INP INPE : 091087973 MR LABIAD ALLAL Gastro-Endocrinologue 31 d'Avril - Casablanca 15/03/2018 |

EXECUTION DES ORDONNANCES *FRX* *6021*

| Cachet du Pharmacien du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <i>DR. Ahmed, Rue Ben Ali</i> <i>DR. Ahmed, Rue Ben Ali</i> | 27/05/22 | 565,00 DT |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------------|--------------------------------|------------------------|
| <p><i>LABIAL ALLAL</i> <i>gastro - entérologue</i> <i>bd. yacoubi - Casablanca</i> <i>06 22 94 37 45 /</i> <i>fax 06 22 94 37 47</i></p> | <i>24/5/22</i> | <i>Coagulase</i> <i>250</i> | <i>400.00</i> |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, 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 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| D | 00000000 | 35533411 | 00000000 11433553 | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| G | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| 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

Professeur LABIAD ALLAL

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

ENDOSCOPIE - PROCTOLOGIE

SUR RENDEZ - VOUS

Horaire continu

Cabinet
Gastro-Entérologie
Hépatologie
Gastro-Entérologie
Hépatologie

الأستاذ لبيض علال
اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

التنظير الداخلي - البواسير
بالموعد
توقيت مستمر

Casablanca, le :

27/05/2022

الدار البيضاء، في

Mr Koumiti Nabil

245,00 Alforex N° 2
1 gel au repas de midi



63,00 Probiotis N° 2
1 gel matin et soir avant manger



209,00 Vitadigest N° 2
1 gel matin et soir au milieu des repas



21,00 x 2 Librax N° 2
1 comprimé, matin et soir avant manger



Imodium N° 1

Dr. Ahmed Labiad ALLAL
51 Bld. Hay Raha, Rue Bannat
Tél: 0522 94 37 45
Fax: 0522 94 37 45
Courriel: Dr.Ahmed.Labiad.Allal@wanadoo.fr

PR LABIAD ALLAL
Gastro - Entérologue
158, Bd. d'Anfa Casablanca
Tél: 05 22 94 37 45
Fax: 05 22 94 37 45

Importateur exclusif
BIOCODEX MAROC
B.P 126 Nouaceur
www.biocodex.ma
P.P.C.: 245,00 DH
CE N°: 34757/2019/PMP
TO/2024

20 gélules
Voie orale

Fabriqué par:
Deva
The Health Company
144, 1000 Casablanca
Maroc

LOT: 220256
DUO: 02/2024
69,00DH

6 118000 280019

LOT: 22067 PER: 05/2025
PPV: 21,00 DH

6 118000 280019

LOT: 22047 PER: 04/2025
PPV: 21,00 DH

Probiotis
Saccharomyces boulardii

Professeur LABIAD ALLAL
Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Digestif

Note d'honoraires

| Date | Numéro |
|-------------------|--------------------|
| 27/05/2022 | 13764.05/22 |

KOUMITI Nabil

| Date | Lieu | Acte | Montant |
|----------|---------|--------------|---------------------|
| 27/05/22 | Cabinet | Consultation | 200,00 |
| | | Echographie | 400,00 |
| | | | Total 600,00 |

Arrêtée la présente Note à la somme de:

SIX CENTS DIRHAMS

*PR LABIAD ALLAL
Gastro - Entérologue
158 Bd d'Anfa - Casablanca
Tel 05 22 94 37 45 /
Fax 05 22 94 37 47*

Professeur LABIAD ALLAL
Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Digestif

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Casablanca le, 27/05/2022

Mr KOUMITI Nabil

Clinique

Diarrhées chroniques
Amaigrissement.

Examen

Foie de dimension normale, homogène.

Vésicule biliaire alithiasique, à paroi fine.

Voies biliaires fines.

Pancréas de taille et d'échostructure normales.

Rate homogène, de volume normal.

Reins de taille et d'échostructure normales avec bonne différenciation cortico-médullaire, sans dilatation des cavités pyélocalicielles.

Pas d'épaississement pariétal intestinal visible.

Conclusion

Echographie abdominale ne montrant pas d'anomalie apparente.
Météorisme colique.

PR LABIAD ALLAL
Gastro Entérologue
158 Bd d'Anfa - Casablanca
Tel 06 21 94 37 45 / ~
Fax 06 21 94 37 47