

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.

M22- 0014680

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e] 8512

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KOUN

Mohamed

Date de naissance : 06/07/50

Adresse : Casa

Tél. : 0661414151

Total des frais engagés : 824,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

PR CABIAD ALLAL
Gastro - Entérologue
158, Bd. d'Anfa - Casablanca
Tél. 05 22 94 37 45 /
Fax 05 22 94 37 47

Date de consultation : 31/8/2019

Nom et prénom du malade : KOUN Mohamed Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Douleurs abdominales & vertige

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Le : 1/10/2019

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 Rattachement des Actes
31/08/22			200,00	R LABIAD AL GASTRO ENT. CASSEBOU Gastro. Ent. Cassebou Date: 31/08/22 14:57:47

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
WIDAD'S PHARMACIE Lot. M'Zouka N° 27 Avenue Habib Bourguiba Sinaceur Casablanca - Anfa Tél: 0522.94.20.29	31/08/22	674,00

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	

Tanganil® 500 mg تاجانيل® 500 ملغ 30 comprimés قرص 30 VTE : MA - PPV : 51DH00	Tanganil® 500 mg تاجانيل® 500 ملغ 30 comprimés قرص 30 VTE : MA - PPV : 51DH00	Tanganil® 500 mg تاجانيل® 500 ملغ 30 comprimés قرص 30 VTE : MA - PPV : 51DH00															
6 118001 183340	6 118001 183340	6 118001 183340															
728860	728860	728860															
Tanganil® 500 mg تاجانيل® 500 ملغ 30 comprimés قرص 30 VTE : MA - PPV : 51DH00	Tanganil® 500 mg تاجانيل® 500 ملغ 30 comprimés قرص 30 VTE : MA - PPV : 51DH00	Tanganil® 500 mg تاجانيل® 500 ملغ 30 comprimés قرص 30 VTE : MA - PPV : 51DH00															
6 118001 183340	6 118001 183340	6 118001 183340															
728860	728860	728860															
Tanganil® 500 mg تاجانيل® 500 ملغ 30 comprimés قرص 30 VTE : MA - PPV : 51DH00	Tanganil® 500 mg تاجانيل® 500 ملغ 30 comprimés قرص 30 VTE : MA - PPV : 51DH00	Tanganil® 500 mg تاجانيل® 500 ملغ 30 comprimés قرص 30 VTE : MA - PPV : 51DH00															
6 118001 183340	6 118001 183340	6 118001 183340															
728860	728860	728860															
<p style="text-align: center;">HIN D'EXECUTION</p> <table border="1"> <tr> <td>PPV: 79DH70</td> <td>PER: 11/23</td> <td>LOT: J3285</td> </tr> <tr> <td>L OT 202051 1</td> <td>E XP 2023</td> <td>P PV 35,70</td> </tr> <tr> <td colspan="3">MONTANTS</td> </tr> <tr> <td>PPV: 14DH00</td> <td>PER: 01/24</td> <td>LOT: K141</td> </tr> <tr> <td>(Création Fonctionnel, Thérapie)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			PPV: 79DH70	PER: 11/23	LOT: J3285	L OT 202051 1	E XP 2023	P PV 35,70	MONTANTS			PPV: 14DH00	PER: 01/24	LOT: K141	(Création Fonctionnel, Thérapie)		
PPV: 79DH70	PER: 11/23	LOT: J3285															
L OT 202051 1	E XP 2023	P PV 35,70															
MONTANTS																	
PPV: 14DH00	PER: 01/24	LOT: K141															
(Création Fonctionnel, Thérapie)																	
<p style="text-align: center;">O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 00000000</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D	G	00000000 00000000	00000000 00000000							
H	G																
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553																
D	G																
00000000 00000000	00000000 00000000																
<p style="text-align: center;">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>PPV: 14DH00</td> <td>PPV: 14DH00</td> </tr> <tr> <td>PER: 07/24</td> <td>PER: 01/24</td> </tr> <tr> <td>LOT: K1905</td> <td>LOT: K141</td> </tr> </table>			H	G	PPV: 14DH00	PPV: 14DH00	PER: 07/24	PER: 01/24	LOT: K1905	LOT: K141							
H	G																
PPV: 14DH00	PPV: 14DH00																
PER: 07/24	PER: 01/24																
LOT: K1905	LOT: K141																
<p style="text-align: center;">DATE DU DEVIS</p>																	
<p style="text-align: center;">DATE DE L'EXECUTION</p>																	
<p style="text-align: center;">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>																	
<p style="text-align: center;">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>																	

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Officet 1,5 mg/0,5 ml sol
auriculaire b20
P.P.V : 70,60 DH

6 118001 080571

24/08/2022

Professeur LABIAD ALLAL

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

ENDOSCOPIE - PROCTOLOGIE

SUR RENDEZ - VOUS

Horaire continu



الأستاذ لبيض علال

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

التنفس الداخلي - البواسير

بالموعد

توقيت مستمر

Casablanca, le : الدار البيضاء، في

31/08/2022

Mr Koun Mohamed

51,00 x 9



TANGANIL

1 comprimé, 3 fois par jour (pendant 3 mois)

79,70

AZIX 500

1 comprimé le matin après manger

14,00
x 3

DOLIPRANE 1G N° 3

1 comprimé, 3 fois par jour



70,60

OFLOCET

1 comprimé, matin et soir



22,70

RINOMICINE

1 sachet, 2 fois par jour



674,00

PR LABIAD ALLAL
Gastro - Enterologie
158, Bd d'Anfa - Casablanca
Tél : 05 22 94 37 45
Fax : 05 22 94 37 47

WIDAD'S PHARMACIE
Lot. M'Zouka N° 27 Avenue Habib
Sinaceur Casablanca - Anfa
Tél: 0522.94.20.29