

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.

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

M22- 0014680

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8512 Société : 130420
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : KOUN Mohamed
 Date de naissance : 06/07/50
 Adresse : Casa
 Tél. : 0661414151 Total des frais engagés : 874,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 31/8/2022
 Nom et prénom du malade : KOUN Mohamed Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Douleur Abdominale & 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 : Casa Le : 31/8/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 Rattachement des Actes
31/8/22			200	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
WIDAD'S PHARMACIE Lot M'Zouka N° 27 Avenue Habib 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
تاڭانيل® 500 ملغ
30 comprimés - قرص 30
VTE: MA - PPV: 51DH00
6 118001 183340

Tanganil® 500 mg
تاڭانيل® 500 ملغ
30 comprimés - قرص 30
VTE: MA - PPV: 51DH00
6 118001 183340

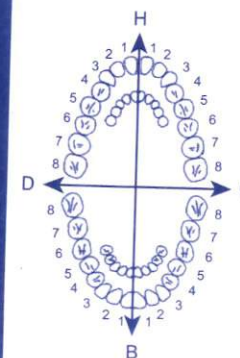
Tanganil® 500 mg
تاڭانيل® 500 ملغ
30 comprimés - قرص 30
VTE: MA - PPV: 51DH00
6 118001 183340

Tanganil® 500 mg
تاڭانيل® 500 ملغ
30 comprimés - قرص 30
VTE: MA - PPV: 51DH00
6 118001 183340

Tanganil® 500 mg
تاڭانيل® 500 ملغ
30 comprimés - قرص 30
VTE: MA - PPV: 51DH00
6 118001 183340

Tanganil® 500 mg
تاڭانيل® 500 ملغ
30 comprimés - قرص 30
VTE: MA - PPV: 51DH00
6 118001 183340

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412 00000000	21433552 00000000
D	G
00000000 35533411	00000000 11433553

(Création Fonctionnel, Thérapie)

PPV: 14DH00
PER: 07/24
LOT: K1905

PPV: 14DH00
PER: 01/24
LOT: K141

PPV: 14DH00
PER: 10/23
LOT: J2683

MONTANTS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN AT

223

Professeur LABIAD ALLAL

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

ENDOSCOPIE - PROCTOLOGIE

SUR RENDEZ - VOUS

Horaires continus



الأستاذ لبيض علال

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

التنظير الداخلي - البواسير

**بالموعد
توقيت مستمر**

Casablanca, le : _____ في الدار البيضاء، في

31/08/2022

Mr Koun Mohamed

51,00 x 3



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



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

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

674,00