

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.

Reéducation :

- 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 12 mois.

Adresses Mails utiles

- | | | |
|---|----------------------------------|---------------------|
| 0 | Reclamation | contact@mupras.com |
| 0 | Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 | 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

Nº W19-508409

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10569 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL BAHLOUL Mohamed

Date de naissance : 17.01.1963

Adresse : Habituelle

Tél : 0667 814631 Total des frais engagés : 704,30 DH

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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

Nature de la maladie :

En cas d'accidents préciserez causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère contagieux, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du

atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent document. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Signature de l'adhérent(e) : _____

Le : _____

ACCUEIL

⁵ Signature de l'adhérent(e) :

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 Honoraires
07/01/2020	C	ord	300,00	Dr. ALYOUNE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FAMILIA CASABLANCA Mme FILAK GUENNAUN DRISSANE 225, Boulevard Al Joufene Saphir 2 - Casablanca Tél: 05 22 38 01 47 ICE: 002115854000092	07/01/2020	404,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

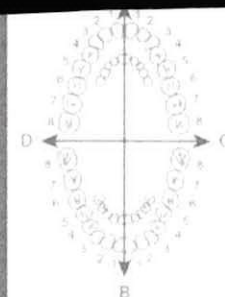
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

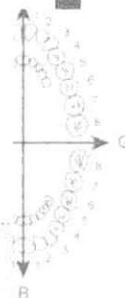
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
26539412	21433553
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
00000000	00000000



(Création, remont, adjonction)	(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Amina ALYOUNE ép. BAHLAOUI

Ex-Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca
Spécialiste des Maladies Digestives de Proctologie
(Hémorroïdes, Fistules, Fissures anales ...)
Fibroscopie Digestive, Echographie

Consultation tous les jours
SUR RENDEZ-VOUS



الدكتورة أمينة عليون بهلاوي

أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي وجراحة البواسير
علاج المخرج (البواسير والدمل)
الفحص بالمنظار الداخلي وبالسدى

بالموعد

Casablanca, le في الدار البيضاء،

07 janvier 2020

Mme AL HALLI El Karla

152,90

ZOEGAS 20

1 gel/ jour le matin à jeun

DICETEL 100

1 cp matin et soir au milieu du repas

CARBOSORB TRANSIT

1 cp matin et soir ,en dehors des autres médicaments

RELAXIUM B6 300

1 gel/ jour le soir

D. Amina El Karla
amp par mail

122,30

79,50

48,60

Dr. ALYOUNE Mina
Hepato Gastro Entérologie - Proctologie
52, Bd. Zerkouni
Casablanca - Tél.: 0522 27 57 51 / 56

404,30

PHARMACIE FADILA CASABLANCA
Mme FILALI GUENNOUN Ibtissam
225, Boulevard Al Joulane
Salmia 2 - Casablanca
Tél.: 05 22 38 01 47
0522 27 57 56

52, Bd. Zerkouni (Espace Erreda, 5ème étage) en face du Marché des Fleurs et de l'Hôpital d'Enfants - Casablanca
Tél. : 0522 27 57 56 - 0808 38 95 04 - Téléfax : 0522 27 57 51
E-mail : alyounemina@gmail.com

COOPER PHARMA

LOT: 190945

PER: 01/2021

PPV: 152,90 DH

122,30



Lot : 190590
À consommer de
préférence avant le : 09/2022
PPC : 79,50 DH

PPV: 49,50 DH
LOT: 13F18/B
EXP: 06/2022