

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- NO 003654

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8350 Société : RAN 117552
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KHIZZOU LAHCEN
Date de naissance : 1-1-1960
Adresse : SIDI MAAROUF TAJE ATCHARAT
N° 98
Tél. : 0661062290 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ALLOUANE Mohamed Amine
Spécialiste en ORL et Chirurgie
Cervico-Faciale
Angle Bd. Al Ouds et Bd. Haifa
Ain Chock - Casablanca
Tél : 05 22 50 04 40 / 06 10 88 02 3

Date de consultation : 23 / 05 / 2022
Nom et prénom du malade : KHIZZOU LAHCEN Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : AFFECTION ORAL
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 / 05 / 22
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 Actes
23-05-22	C2		3000H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/05/22	422,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

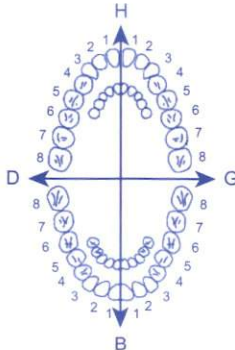
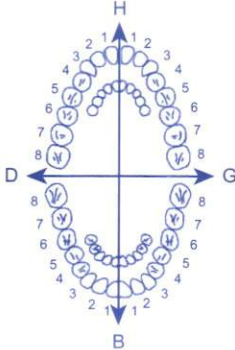
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				Coefficient DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																					
				DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr ALLOUANE Mohamed Amine

O.R.L et chirurgie cervico-faciale
Traitement de la surdité
Chirurgie de la thyroïde
Traitement du vertige
Prise en charge du ronflement
Rhinite Allergique
Chirurgie endoscopique
Ancien médecin à l'hôpital
20 Aout Casablanca



Implant cochléaire
زراعة القوقعة

الدكتور علوان محمد أمين

جراحة الأنف والأذن والحنجرة
علاج الصمم
جراحة الغدة الدرقية (الكواطر)
علاج الدوخة
علاج الشيخير
المساسية
الجراحة بالمنظار
طبيب سابق بمستشفى
20 غشت الدار البيضاء

Casablanca le : 23 Mai 2022 في: الدار البيضاء

40,90

Mr KHIZZOU LAHCEN

ANAPRED 20 MG

69,100 3 cp le matin pendant 3 jours

DOCIVOX SIROP

20,40 1 cam x 3 / jour pendant 7 jours

GASTROGEL SIROP

71,30 x 3 1 cas x 2 / jour pendant 3 semaines

TANAKAN

78,00 1 cp 3 fois par jour pendant 1 mois

BETASERC 24 MG

1 cp x 2 / jour pendant 1 mois

au retour Regs

T = 422,20

PHARMACEUTIQUE
Dr. ALLOUANE Mohamed Amine
Spécialiste en O.R.L et Chirurgie
Cervico-faciale
Angle Bd. Al Qods et Bd. Haifa
Ain Chock Casablanca
Tel: 05 22 50 04 40 / 05 10 28 02 35

📍 Angle Boulevard Al Qods et bd Haifa, Résidence Ryad Al Qods gh2,

Ain Chock Casablanca

☎ 0522.50.04.40 - Urgence: 0610.88.02.35

71,30

71,30

71,30

78,00

LOT 22E007

PER 02 2025

BETASERC 24 MG
CP 330



6 118000 012641

LOT : 220 108
DLUO : 01/2025
89,00DH



6 111269 050126

Anapred 20 mg
20 Comprimés
Deva Pharmaceutique



6 118000 410010

LOT : M0720
PER : 02/2024
PPU : 40,90DH

gastrogel



Suspension flacon de 250 ml

P.V. : 20,40 DH



6 118000 190448