

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

N° P19-0035830

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 21980

Société : ReZante

☒ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Mohamadine Nalif

Date de naissance : 1956

Adresse : lot Amour N° 14 Bloc B8

Tél. : 0675244756

Total des frais engagés : 744,5

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : NABIL ALAMMACH

Age : 01/01/56

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection respiratoire

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 : Fez

Le : 15 / 01 / 23

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
2/1/23	5	5	2500	Mohamed DAOUÏ Pneumo-Alergologue Bureau TAIBA Av. Sidi ES - Tél. 0661 20.22.50

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL ALAK 05 35 60 50 65	2/1/23	18616
	12/1/23	18719

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Mohamed DAOUÏ Pneumo-Alergologue Bureau TAIBA Av. Sidi ES - Tél. 0661 20.22.50	2/1/23	2	18910

AUXILIAIRES MEDICAUX

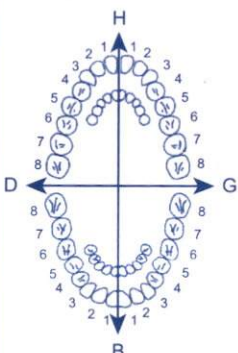
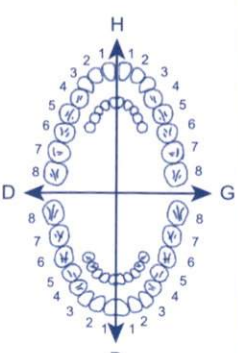
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				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																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE PNEUMOLOGIE ET ALLERGOLOGIE

الدكتور محمد الداودي



اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي
أمراض الصدر

الضيق الحساسيات داء السل

حائز على شهادة الدراسات الخاصة
من كلية الطب بباريس

Dr. Mohammed DAOUDI

Spécialiste des Maladies Respiratoires
et Allergiques

Radiographie - Spirométrie
Bronchoscopie - Tests d'Allergie

Diplômé du C.E.C. de Pneumo-
ptisiologie de Paris

Fès, le :

12 JAN. 2023

NABIL TGL kmeda

164190

ZEPHYRUS 12/2

23100

KARRE 5/6



الزقي
Pneumologie

PHARMAS
LOT : 5942
UT.AV : 02-25
PPV : 230H00



Sur Rendez-vous بالميعاد

RV 7/2/2023

Tél : 05 35 62 48 48 - GSM : 06 61 20 22 54 - E-mail : drdaoudi.m@gmail.com

مكاتب طبية، زاوية السللاوي وزنقة عبد الخالق - فاس

Bureaux TAIBA Angle Av. Slaoui et Rue Abdelkhalek Torres - Fès



PPV: 164,90 DH
LOT: 22G04
EXP: 07/2025

CABINET DE PNEUMOLOGIE ET ALLERGOLOGIE

الدكتور محمد الداودي

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي
أمراض الصدر

الضيق الحساسيات داء السل

حائز على شهادة الدراسات الخاصة
من كلية الطب بباريس



Dr. Mohammed DAOUDI

Spécialiste des Maladies Respiratoires
et Allergiques

Radiographie - Spirométrie

Bronchoscopie - Tests d'Allergie

Diplômé du C.E.C. de Pneumo-
phtisiologie de Paris

Fès, le : 02 JAN. 2023

92150

1/ UBIPRA



209



64150

2/ NFEOROK



30150

3/ Fluibron



3/ MURAKH

Fluibron® 0,3%
Ambroxol

30,00



Sur Rendez-vous

بالميعاد

Tél : 05 35 62 48 48 - GSM : 06 61 20 22 54 - E-mail : drdaoudi.m@gmail.com

مكاتب طبية، زاوية السلواوي وزنقة عبد الخالق الطريس - فاس

Bureaux TAÏBA Angle Av. Slaoui et Rue Abdelkhalek Torres - Fès

500 ملغ

إيببروكس

سيفروفلوكساسين

Ubiprox 500mg
20 Comprimés
Deva Pharmaceutique



6 118000 410195

LOT: M0802
PER: 06/2024
PPU: 92,50DH

مضاد حيوي واسع الطيف
عن طريق الفم

قرص ملبس

مختبرات ديفا للصيدلة

ج. ا. جدي صيدلي مسؤول

الهياكلية بومليل - الدار البيضاء