

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : 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 à caractère personnel.

Nº P19-

060319

AS 233

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1137

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LOUDINI

Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 66 17 77 90

Total des frais engagés : 1857,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur TAZI M hammed

175, Rue Boukraa - Casablanca

Tél: 05 22 26 00 87

Date de consultation : 02 FEV 2023

Nom et prénom du malade : LOUDINI Ahmed Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : M2, HTA branche proptée

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 : 08/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : LOUDINI Ahmed

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 Paiement des Actes
02 FEB 2023	Clu		200.00	Docteur TALIM Jammed Rue Dukraa - Casablanca Tél: 05 22 26 00 97

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ROSE de la Corniche Rte. d'Azemmour - Oulad El Hamdi Dar Bouazza KM 3,500 - Casablanca Tél : 05 22 90 62 98	02/02/23	1657,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 00000000 11433553		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(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"/>

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mhammed TAZI

Omnipraticien
 Médecine de Travail & Médecine Légale
 Diplômes Universitaires en
 Diabétologie, Diététique Médicale (Obésité)
 Echographie
 Traitement des Douleurs
 Expert Assermenté

الدكتور التازي محمد

شهاد جامعية في
 مرض السكري ، الحمية الطبية
 علاج الألم ، الفحص بالصدى
 طب العمل و الطب الشرعي
 الطب العام ، خبير ملحف

بسم الله الرحمن الرحيم

Casablanca le : ----- الدار البيضاء، في : -----
 02/02/2023

MR LOUDINI Ahmed

35700
 297,00 22
 594,00
 306,00 2 612,00
 109,70 23
 329,10
 20,80 x 2
 83,00
 1165,21 50

BRONCHOLIBER gel S.V.
 1 gel le soir S.V.
 SYMBICORT 400, 2 btes S.V.
 2 bouffées matin et soir , 4 jours S.V.
 2 bouffées matin et 1 le soir , 4 jours S.V.
 1 bouffée matin et soir 40 jours S.V.
 SULIAT HCT 160/10/12,5 2 BTIES DE 60 S.V.
 1 cp /jour 3 mois S.V.
 Contiflo OD 0,4 S.V.
 1 cp / jour 3 mois S.V.
 Glucophage 500 S.V.
 1 cp x 2 / jour 3 mois S.V.

الدكتور التازي محمد
 Docteur TAZI M'hamed
 175, Rue Boukraa - Casablanca
 Tél: 05 22 26 00 87

Pharmacie ROSEE de la Corniche
 Rte. d'Azemmour Oulad El Hamdi
 Dar Bouazza Km 3,500 - Casablanca
 Tél: 05 22 90 62 93

طبيب معتمد للإدلاء بشهادات الأهلية الطبية للسيارة

175, Rue Boukraa - Casablanca 175, زنقة بوكراء - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 26 00 87 - GSM : 06 61 46 78 87

e-mail : drtazimd@yahoo.fr

39,20

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir knou al aquam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER
400/12µg par dose Pdr pth
Flacon de 60 doses
105/14 DMP/21INRQ du P.P.V : 297,00 DH
6 118001 020935

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir knou al aquam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER
400/12µg par dose Pdr pth
Flacon de 60 doses
105/14 DMP/21INRQ du P.P.V : 297,00 DH
6 118001 020935

LOT:21C146
EXP:10/23
PPV:306DH00

LOT:21C146
EXP:10/23
PPV:306DH00

CONTIFLO® D



30 Gélules
à libération prolongée
Voie orale
0.4 mg

CONTIFLO® D



30 Gélules
à libération prolongée
Voie orale
0.4 mg

CONTIFLO® D



30 Gélules
à libération prolongée
Voie orale
0.4 mg

LOT 221449
EXP 10/2027
PPV 20.80DH

LOT 221449
EXP 10/2027
PPV 20.80DH

LOT 221449
EXP 10/2027
PPV 20.80DH

LOT 221449
EXP 10/2027
PPV 20.80DH