

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

- 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° W21-778365

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11611 Société : W21-778365

Actif **Pensionné(e)** **Autre** :

Nom & Prénom : AZLAGUI YOUSSEF

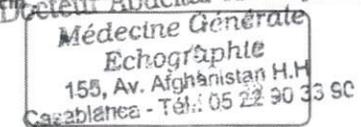
Date de naissance : 04-02-1974

Adresse :

Tél. : 066838096 Total des frais engagés : 549.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin Docteur Abdelali TLEMÇANI

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : AZLAGUI YOUSSEF Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Alger ORL

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 et déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA le : 06/10/23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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 Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15 SEP. 2023 | C | 1 | 200/00 | INP : 0911021063 Docteur Abdelali FLEMO Médecine Générale Esthrographie 155, Av. Afghanistan P.H. Casablanca - Tél : 05 22 93 36 33 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| صيدانتي البركة Pharmacie HAY EL BARAKA DR. ABTA Abdelwahed Rue 2 Imm. 54 - G11 48 Al Baraka Tél : 05.22.93.36.33 - Casablanca ICE : 0004999630000 (4) N° OF : 092082510 | 05/09/2023 | 2609.00 |

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.

| | 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </tbody> </table> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | G | |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | COEFFICIENT DES TRAVAUX | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | MONTANTS DES SOINS | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DATE DU DEVIS | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DATE DE L'EXECUTION | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. ABDELALI TLEMÇANI

MEDECINE GENERALE

Echographie

155, Avenue Afghanistan

Hay El Hassani - Casablanca

Tél. : 05.22.90.33.90

الدكتور عبد الحلي التلمساني

الطب العام

أمراض النساء و الرجال و الأطفال

الفحص بالتلفزة

155، شارع أفغانستان

حي الحسنى - الدار البيضاء

الهاتف: 05.22.90.33.90

Casablanca, le 25 SEP. 2023

1405.00 AZLAGUI YOUSSEF

- Clomiphene 20 mg



40.00 - Cotyprone 20 mg



59.80 - Oedon 20 mg



27.50 - Spasfon 20 mg



75.40 - Azim 100 mg



3405.00

المرجو إحضار الوصفة عند المراقبة

صيدلية حي البربخ
DR. ARFA Abdelwahed
Rue 2 Imm 541, Casablanca
Tél : 05.22.90.33.90
ICE : 00049999
INPE : 092082510

صيدلية حي البربخ
Pharmacie HAY EL BARAKA
Rue 2 Imm 541, Casablanca
Tél : 05.22.90.33.90
ICE : 00049999
INPE : 092082510

Dr. Abdelali TLEMÇANI
Médecine Générale
Echographie
155, Av. Afghanistan H.H
Casablanca - Tél : 05 22 90 33 90

Formule :

Prednisolone 20 mg (sous forme de métsulfobenzozate sodique)
Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total quatre cents milligrammes de prednisolone (sous forme de métsulfobenzozate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications, contre Indications, excipients à effet notoire : voir notice

PPV: 40DH00

PER: 06/26

LOT: M1838

b

bottu

11, Allée des Carrières - 34500 - Caubance
S.Bachouch - Pharmacies Responsable

2770



PPV 79DH70
PER 05/26
LOT M1245



CLAVUIN
AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

1g /125 mg

..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des repas,
pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.
...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأضصل قبل الأكل، خلال ...يوم.
اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 149,00 DH
LOT: 650359
PER: 11/24



LOT 211261
EXP 03/2024
PPV 52.80DH